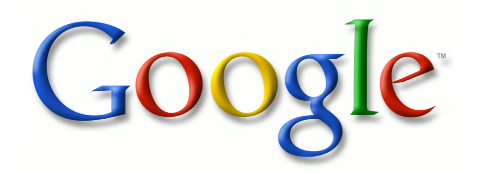
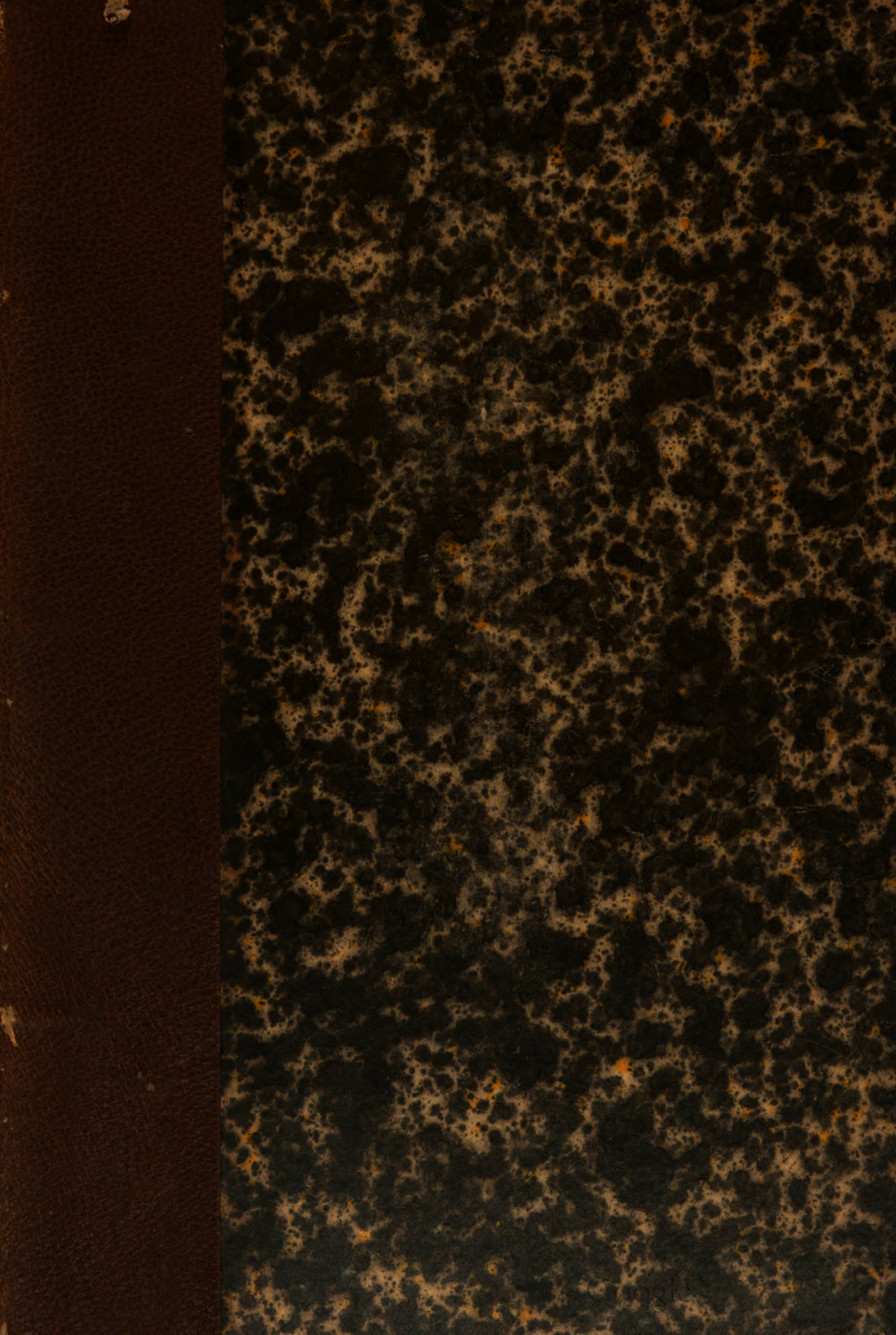
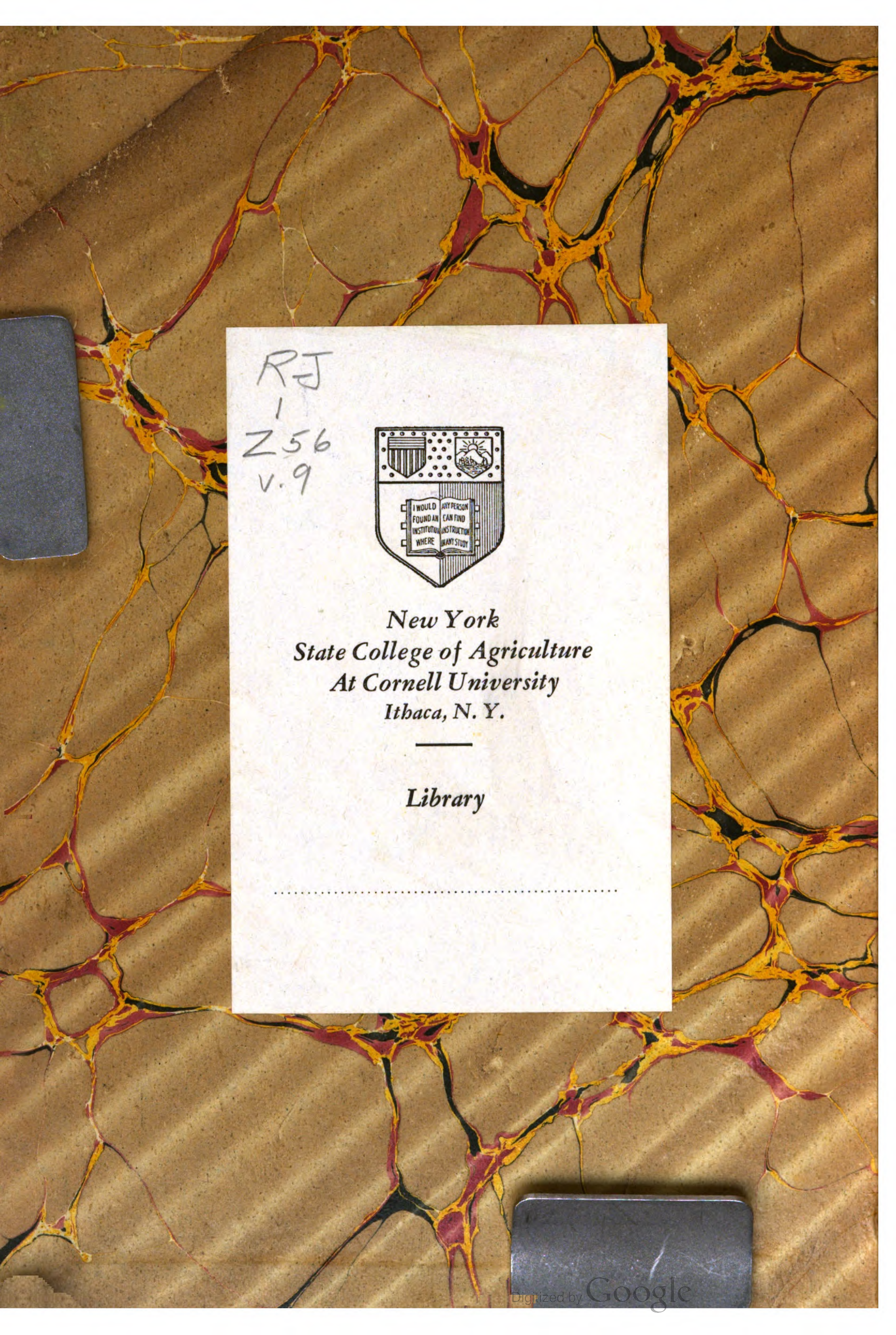
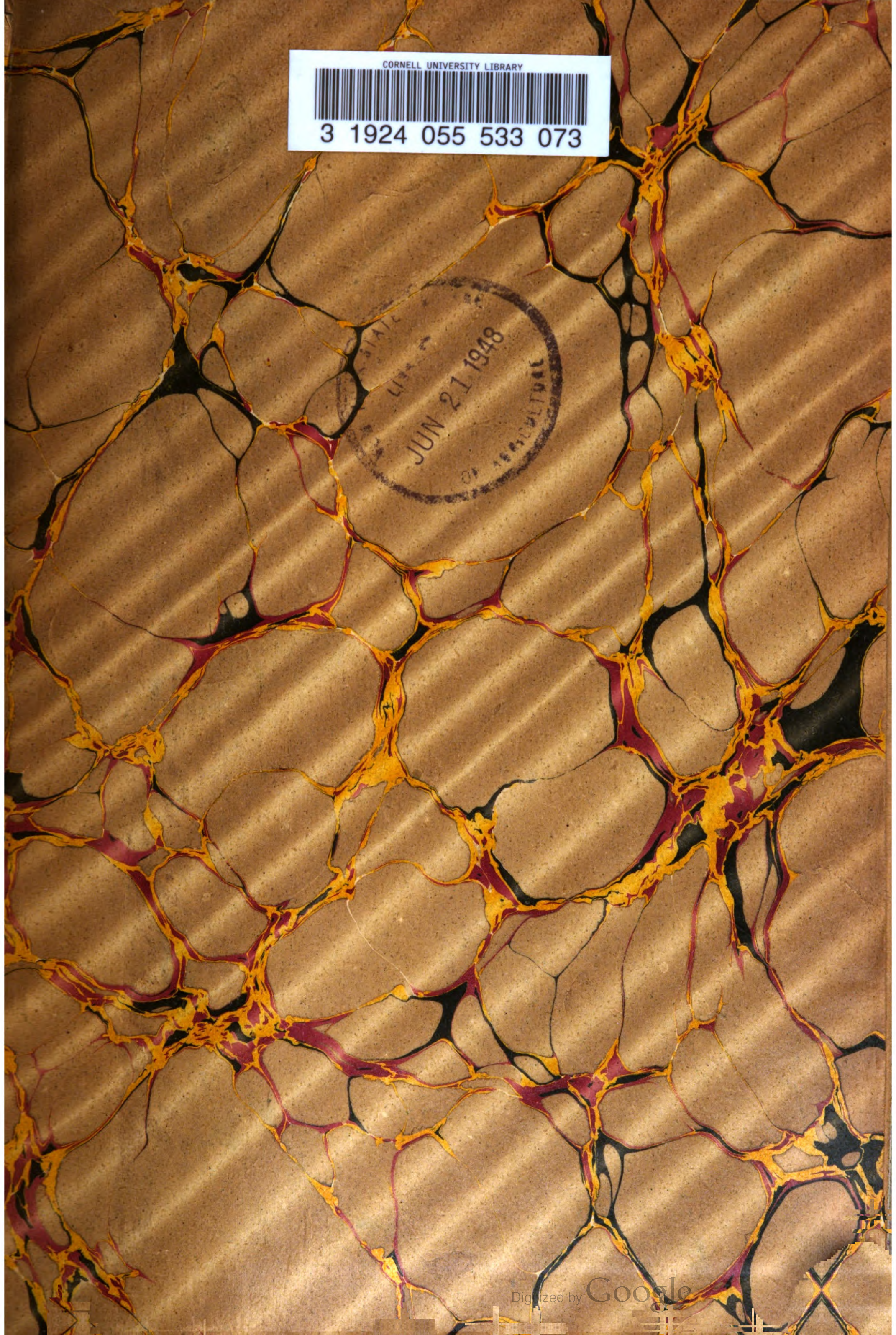






I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 055 533 073
JUN 21 1948
Digitized by Google

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN SPROTTAU.

9. JAHRGANG 1904.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1904.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des IX. Jahrganges.

Originalien.

Referate.


Digitized by Google



Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Personalien.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Januar 1904. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Schutz der Neugeborenen während der Abstoßung des Nabelschnurrestes.

Von

Prof. **F. Ahlfeld** in Marburg.

Wer auf 30—40 Jahre ärztlicher Tätigkeit zurückzuschauen vermag, wird nicht umhin können, über die Segnungen zu staunen, die uns die Lehre von der Biologie der Bakterien, von der Asepsis und Antisepsis auch für das neugeborene Kind gebracht hat.

Würde das reife, gesunde Kind unmittelbar aus seinem keimfreien Ei an die Außenwelt gebracht — wie beim Kaiserschnitt, wenn er vor Berstung der Fruchtblase ausgeführt wird — so hätte man es zunächst nur mit den Bakterien der Luft und der das Kind berührenden Gegenstände zu tun, die auf das keimfreie Objekt, Kind, einstürmen. Aber schon der Durchgang durch die Vagina und Vulva bedingt eine Berührung mit Keimen, zum Teil sogar recht virulenten, die, ehe das Kind die Außenwelt gesehen, schon in die Körperhöhlen eingedrungen sein können.

Als locus minoris resistentiae war von jeher die Nabelgegend bekannt; starben doch früher viele Kinder der ersten und zweiten Lebenswoche an den Folgen einer Nabelinfektion, besonders unter den Erscheinungen der allgemeinen Sepsis oder des Trismus und Tetanus. Besonders in Entbindungsanstalten, wo die Übertragung von einem Kinde auf das andere durch die Badewanne oder die Hände derselben Wärterin sehr leicht möglich war, erreichte die Mortalität aus der angegebenen Ursache einen sehr hohen Grad.

Aber die Bedeutung des Abstoßungsvorgangs des Nabelschnurrestes wurde noch erhöht, seit Eröss[1]) durch fleißige Temperaturmessungen bei Neugeborenen festgestellt hatte, daß dieser physiologische Prozeß in 45 °/₀ unter Fiebererscheinungen vor sich ging.

Die Vermutung, hieran sei zum großen Teil die übliche Behandlungsmethode schuld, bestätigte sich vollkommen und diese Erkenntnis zeitigte eine Reihe von Vorschlägen der Nabelbehandlung, die bis heute zu Resultaten geführt haben, die uns den Satz auszusprechen gestatten: Krankheit und Tod des Kindes durch Nabelinfektion dürfen nicht mehr vorkommen.

Wir schauen in der Marburger Entbindungsanstalt auf über

---

1) Arch. für Gyn., Bd. 41, S. 409.



1600 Entbindungen zurück mit 1584 lebenden Kindern, von denen nicht eins infolge von Nabelinfektion erheblich erkrankt oder gar gestorben ist.

Erreichten wir dies Resultat mittels einer einfachen, für Ärzte wie besonders für Hebammen leicht auszuführenden Methode, so liegt es auf der Hand, könnten die Segnungen des Verfahrens auch auf die allgemeine Praxis übertragen werden. Und ich glaube bestimmt, wenn der Leser die nun folgende Beschreibung unserer Methode kennen gelernt haben wird, daß er dann kaum anders urteilen darf, als daß die Einführung in die Praxis sehr wohl ausführbar ist, ja, daß die Methode viel einfacher ist, als die jetzt zumeist gebräuchliche, in den Hebammenlehrbüchern zur Zeit auch noch empfohlene.

Die Hauptprinzipien des Verfahrens sind: Bald nach der Geburt im Bade das Kind zu reinigen; den Nabelschnurrest auf das erlaubte Minimum zu kürzen, Nabelschnurrest und die Umgebung des Nabels mittels Alkohol zu desinfizieren und mit reiner Verbandwatte und einer sauberen Nabelbinde einen Dauerverband anzulegen, der bei Unterlassung des täglichen Bades bis zum Abfall des Nabelschnurrestes liegen bleibt.

Wir lassen das Kind nach dem Bade warm eingeschlagen zunächst liegen, bis die Mutter vollständig besorgt, außer Gefahr einer Nachgeburtsblutung ist. Darüber mag eine Stunde und mehr vergehen.

Jetzt wird mit einem $^1/_2$ cm breiten Leinenbändchen, das bis dahin in $3\,^0/_0$igem Seifenkresol, eine Lösung, die die Hebamme bei jeder Geburt sich machen soll, gelegen hatte, der Nabelschnurrest dicht über dem Kegel nochmals unterbunden und abgeschnitten.

Ein Stunde nach der Geburt pflegt auch ein sulzereicher Nabelstrang so schlaff geworden zu sein, daß eine dann vorgenommene kräftige Unterbindung die Gefäße genügend komprimiert. Nabelblutungen sind uns nicht vorgekommen. Sieht die Hebamme, bevor sie die Frau verläßt, noch einmal nach, natürlich ohne den gleich zu beschreibenden Verband zu öffnen, so kann sie bei Mangel von Blutspuren im Verband das Kind ruhig verlassen.

Nach der Kürzung des Nabelschnurrestes waschen wir Nabelschnurrest und seine Umgebung mit $90\,^0/_0$igem Alkohol, legen einen Bausch Verbandwatte, die wir einem Paket frisch entnehmen, auf die Nabelgegend auf und verbinden, wie üblich, mit einer sauber gewaschenen Nabelbinde. Hat eine Hebamme keine tadellose Watte zur Hand, so mag sie, um durch einen Dauerverband keinen Schaden anzurichten, die Watte vorher tüchtig durchkochen und dann mit Alkohol tränken und ausgedrückt dem Nabelschnurrest auflegen.

Dieser Verband wird, und das ist einer der wichtigstens Punkte des Verfahrens, in den ersten 8 Tagen nicht gewechselt, es sei denn, was bei Knaben leichter vorkommt, daß er durch Harn durchnäßt wird. Dann wechseln wir die Nabelbinde, nehmen die nassen Teile der Watte weg und ersetzen sie durch frische.

Zweimal am Tage wird das Kind gewaschen, aber nicht gebadet.

Man sieht, das Verfahren ist einfacher, als alle jetzt üblichen. Das Kind braucht nicht 2mal täglich verbunden zu werden und damit

wird erreicht, daß die Hände der Hebamme überhaupt mit der Nabelwunde nicht mehr in Berührung kommen, sondern nur einmal, direkt nach der Geburt, also zu einer Zeit, wo sie durch die anbefohlene vorhergegangene Händedesinfektion relativ saubere Hände haben.

Ich würde mich in Hinsicht auf die Resultate einer 4jährigen Beobachtung an ca. 1600 Kindern enthalten können, auf eine Besprechung der Kritik unseres Verfahrens einzugehen, da ja die Tatsachen für sie sprechen und entscheiden. Der Leser möchte aber doch vielleicht hören, was in der Literatur gegen sie vorgebracht wird.

Da sind nur zwei Einwendungen, die beachtenswert sind, 1. daß dem Kinde das nützliche Bad verweigert wird und 2. daß der Nabelschnurrest später abfällt, als bei Anwendung anderer Methoden.

Ich verstehe nicht, wie man dem eine Bedeutung beimessen kann, daß ein Neugeborenes vielleicht 10 Tage hindurch nicht gebadet, hingegen 2mal gewaschen wird, während es von dann an täglich gebadet werden soll. Unmöglich kann doch diese geringe Abweichung von der jetzt üblichen Behandlungsweise der Kinder irgendwie ihr Gedeihen beeinträchtigen.

Daß der Nabelstrangrest tatsächlich etwas später abfällt, ist richtig. Wir sahen ihn abfallen am

3.,	4.,	5.,	6.,	7.,	8.,	9.,	10.,	11.,	12.,	13.,	14. Tage
3,	18,	30,	73,	98,	172,	131,	89,	21,	11,	4,	2mal.

In 235 Fällen entließen wir die Kinder mit noch anhaftendem Verbande, unbekümmert darum, ob der feine Faden, der den letzten Zusammenhang mit dem Nabeltrichter bildet, schon gänzlich sich gelöst hatte oder nicht.

Auch dieser Umstand, das spätere Abfallen, bringt dem Kinde keinerlei Nachteil, kann also nicht gegen unsere Methode ins Feld geführt werden.

Möchte diese Publikation dazu beitragen, eine segensreiche Einrichtung dem größeren Publikum bekannt zu machen.

II. Referate.

Dr. **Miklós Berend** und Dr. **István Rácz,** Beitrag zur Frage der Nabelbehandlung und des Badens der Säuglinge. (Orvosi hetilap. 1903. 29. nr.) Die nicht gebadeten Säuglinge nahmen in den ersten Lebenstagen weniger ab, wie die die gebadet wurden. In den ersten drei Lebenstagen verordnen die Verff. 3—5 maliges Säugen. Bei Einhaltung dieser Verfügungen ist in den ersten Tagen die Gewichtsabnahme 1—200 g. Am zehnten Tag ist die Zunahme 100 bis 150 g; die Häufigkeit der Erkrankungen der Neugeborenen ist auf diesem Wege eine bei weitem kleinere geworden. Die Versuche wurden an der II. Frauenklinik zu Budapest angestellt.

Dr. Ernö Deutsch (Budapest).

Samuel Mc. C. Hamill, Report of a case of Sinus Thrombosis etc. (Archives of Pediatrics. April 1903.) Ein neugeborener

Knabe fing am siebenten Tage hoch zu fiebern an. Ein papulöses Exanthem trat gleichzeitig im Gesicht auf und verbreitete sich nach und nach über Hals, Schultern und Arme. Leichte Störungen von seiten der Lunge traten hinzu. Nach einem 8tägigen Verlauf endete die unbestimmte Affektion unter cerebralen Erscheinungen letal.

Die Sektion gab die Aufklärung, indem sich eine Sinusthrombose des Sinus longitud. bezw. des Sin. transv. und des Sin. rectus sowie der Vena magna Galeni vorfand. Daneben Reste einer reichlichen Hirnblutung.

Bakteriologische Untersuchung der Thromben aus der Nabelarterie zeigte reichlich eine dem Bazillus coli sehr ähnliche Art. Dieselben Bazillen fanden sich in der Milz. Fernerhin sah der Nabelstumpf ungesund aus. Aus diesen Tatsachen gewann Verf. die Überzeugung, daß es sich hier um eine Infektion vom Nabel aus handelte.

Leo Jacobi (New York).

Max Sträter, Ower een geval van Ductus omphalo-entericus persistens. (Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde. 1903. No. 10.) Kasuistische Mitteilung eines Falles von Ductus omphalo-entericus persistens. Das Kind ist 4 Wochen alt und ist gesund, wird von der Mutter gestillt. S. hat in Chloroformnarkose mit gutem Erfolge die Radikaloperation ausgeführt und ist der Meinung, diese Radikaloperation soll bei gesunden Kindern ziemlich ungefährlich sein und als die einzig gute Behandlungsmethode erachtet werden.

B. P. P. Plantenga (Haag).

G. Minkewicz, Eine neue Methode der Wiederbelebung bei Asphyxia neonatorum. (Russky Wratsch. 1902. No. 41.) Seit etwa 2 Jahren wendet M. eine Methode der Wiederbelebung scheintoter Neugeborener an, welche auf demselben Prinzipe größtmöglicher Kompression mit nachfolgender Erweiterung des Brustkorbes beruht, wie die Schultzeschen Schwingungen, von diesen aber dadurch sich wesentlich unterscheidet, daß dem Kindskörper eine feste Stütze gegeben wird. Sein Verfahren besteht im folgenden. Nach Auswischen des Mundes und des Rachens und nach schleunigster Abnabelung wird das Kind auf ein Bett oder einen Tisch gesetzt, wobei der Rücken dem Arzte zugewendet ist und die Beine sich in gestreckter und gespreizter Stellung befinden; der Arzt faßt nun mit beiden Händen von hinten her das Kind an den Achselhöhlen in der Weise, daß die Daumen auf die Schulterblätter, die übrigen Finger auf die Vorderfläche der Brust zu liegen kommen (erster Akt). Hierauf wird der ganze Rumpf mitsamt dem Kopfe vornüber nach dem Winkel der gespreizten Beine hin, gebeugt, und gleichzeitig mit den Händen ein gleichmäßiger Druck auf den Thorax ausgeübt; das Zwerchfell weicht dabei nach oben, und der ganze Brustkorb wird komprimiert (passive Exspirationsbewegung; zweiter Akt). Sodann wird der Rumpf wieder aufgerichtet, mitsamt dem Kopfe hintenübergeschleudert und in horizontale Lage gebracht, wobei der ganze Thorax sich nach vorne wölbt und nur mit den Schulterblattwinkeln auf den Daumen des Arztes aufruht (umfangreiche passive Inspiration; dritter Akt). Zur größeren Bequemlichkeit und zur Verstärkung der Wirkung kann man unter den Rücken des Kindes eine kleine Rolle schieben,

auf welcher die Daumen mit dem auf ihnen liegenden Oberkörper des Kindes beim Strecken des Rumpfes eine Stütze finden. Das Beugen und Strecken des Kindskörpers wird am besten systematisch mit der Schnelligkeit des normalen Rhytmus der kindlichen Atmung vorgenommen. Bei dieser Methode geht, wie man sich leicht durch den Versuch überzeugen kann, die abwechselnde Erweiterung und Verengerung des Thorax ebenso vollkommen, ja noch vollkommener vor sich, als bei den Schultzeschen Schwingungen, und überdies ist das erstere Verfahren leichter, angenehmer und gefahrloser auszuführen als das letztere. A. Dworetzky (Moskau).

W. Zangemeister, Über die Behandlung des Scheintodes Neugeborener. (Centralbl. f. Gynäkologie. 1903. No. 39.) Z. empfiehlt die künstliche Zufuhr von Sauerstoff, mit welcher Methode er, speziell bei schweren Formen des Scheintodes, in verhältnismäßig kurzer Zeit prompten Erfolg erzielt hat. Das Verfahren ist sehr einfach und schonend und allen anderen Methoden dort vorzuziehen, wo man komprimierten Sauerstoff zur Hand hat und wo die Asphyxie so schwer ist, daß man länger dauernde künstliche Atmung nötig hat. Der in einem (dünnwandigen) Gummiballon aus dem Stahlzylinder entnommene Sauerstoff wird durch einen Trachealkatheder langsam unter schwachem Druck auf den Gummiballon in die (vorher gereinigte) Trachea eingeblasen. Nachdem sich die Lungen langsam ausgedehnt haben, übt man einen vorsichtigen Druck auf den Brustkorb aus, wodurch die Luft neben dem Trachealkatheter (derselbe darf nicht zu dick sein!) wieder entweicht; läßt man mit dem Druck nach, so dehnt ein leichter Druck auf den Sauerstoffballon die Brust wieder aus, usw. Transportable Apparate (60 Liter Sauerstoff, Gewicht 4 kg) in einer Handtasche unterzubringen, stellt das Mediz. Warenhaus in Berlin her. Grätzer.

M. Hofmeier, Über Todesursachen bei Neugeborenen während und gleich nach der Geburt mit Rücksicht auf ihre forensische Bedeutung. (Aus der Univers.-Frauenklinik zu Würzburg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 35.) In der letzten Zeit kamen in der Klinik einige Fälle von unerwartetem und zunächst unerklärtem Tode bei scheinbar ganz gesunden und kräftig entwickelten Kindern gleich nach oder kurz vor der Geburt vor, Fälle, die deshalb von besonderem forensischen Interesse sind, weil sie von Anfang an unter ärztlicher Aufsicht verliefen und äußere Einflüsse gänzlich ausgeschlossen waren.

Der erste Fall betraf ein ausgetragenes lebendes Kind, welches gleich nach der Geburt ohne sichtbaren Grund verstarb. Erst die mikroskopische Untersuchung gab einigen Aufschluß. Die Herzmuskulatur zeigte sich degenerativ verändert, körnig getrübt, Querstreifung nicht zu erkennen. In den Lungen zeigten sich zum Teil interstitielle, das Zwischengewebe zwischen den Alveolen ausfüllende und dasselbe verbreiternde Wucherungen des Bindegewebes, das Epithel der Alveolen zum Teil desquamiert. Auch die Leberzellen zeigten zum Teil trübe Schwellung und in der Leber teilweise Bindegewebsentwicklung. Beim Fehlen jeder anderen Erklärung muß der

Tod auf diese Verhältnisse zurückgeführt werden und wäre so zu erklären, daß Herz und Lunge trotz ihrer scheinbar ganz normalen Beschaffenheit nicht imstande waren, den Ansprüchen der extrauterinen Atmung zu genügen. Woher rührten aber diese Verhältnisse her? Für Lues lagen keinerlei Anhaltspunkte vor. Die Degeneration der Herzmuskulatur machte den Eindruck eines frischen, akut einwirkenden Vorganges. Die Sache bleibt dunkel; klar und zu betonen ist nur, daß hier nur mikroskopisch nachweisbare Veränderungen an den inneren Organen, deren Ursache zweifelhaft bleiben muß, einigermaßen eine Aufklärung für den unerwarteten Tod eines vollkommen normal scheinenden und kräftig entwickelten Kindes geben konnten.

Im zweiten Falle wurde bei leichter Geburt ein normal gebildetes Kind tot geboren. Zur Erklärung eines derartigen Absterbens während der Geburt muß in erster Linie auf die histologische Untersuchung der Placenta zurückgegangen werden. Man findet da nicht selten endoarteriitische und periarteriitische Prozesse, welche von weitgehendem Einfluß auf die Entwicklung der Frucht sein, große Störungen in der kindlichen Zirkulation hervorrufen können. Tritt nun bei einer derartigen Erkrankung mit ihren Störungen der fötalen Respiration die Geburt ein, welche gleichfalls den Gasaustausch zwischen Mutter und Kind in mannigfacher Weise beeinflußt, so kann es leicht kommen, daß auch bei ganz normaler Geburt ein am Anfang derselben frisches Kind unvermutet abstirbt. Solche Placentarveränderungen waren auch hier vorhanden. Es folgt daraus für gerichtsärztliche Fälle, wie sehr oft die Untersuchung der Placenten wünschenswert erscheint, da es ohne solche unmöglich ist, ein bestimmtes Urteil zu formulieren.

Im dritten Falle, wo ebenfalls wahrscheinlich erst intra partum der Tod des Kindes erfolgte, ergab auch die Untersuchung der Placenta nichts positives. Der Nachweis von Mekonium in Trachea und Bronchien bewies, daß das Kind intrauterin inspiriert hatte; der Grund hiervor blieb unklar, da von einer etwaigen vorzeitigen Placentarlösung nichts zu bemerken war. Solche Fälle beweisen wieder, wie vorsichtig man in der Beurteilung der Todesursachen. bei der forensischen Begutachtung sein muß, will man nicht mal den Müttern bitter Unrecht tun. **Grätzer.**

O. Hoffmann (Dresden), Über Modefehler in der Kleinkinderpflege. (Die Krankenpflege. 1903. No. 11.) Es ist eine Torheit, Kinderwagen und Körbe mit Wachstuch auszuschlagen, das jede Abdunstung der Ausscheidungen von der Haut verhindert. Man sollte zum Auskleiden für Luft leicht durchlässige, gut waschbare Stoffe benutzeu, die öfters zu wechseln sind.

Es ist eine Torheit, Vorhänge an den Kinderwagen in Farben anzubringen, die bei Sonnenschein das zarte Kindesauge mit grellblendenden streifigen Lichtern schädigen. Man wähle einfach stumpfgraue oder stumpfbraune Farben.

Es ist eine Torheit, die Kinder in die üblichen schmalen Steckkissen hineinzuzwängen. Der Zuschnitt des Steckkissens muß so sein, daß, wo das oberste Band zu liegen kommt, also unterhalb der Achselhöhle des Kindes, ein etwa handbreites Stück den bisherigen

schmäleren Schnitt behält, und dieses Stück durch zwei oben handbreit voneinander befindliche Bänderpaare so um den oberen Teil des Rumpfes des Kindes zu liegen kommt, daß es diesem sich gut anschmiegt, ohne zu drücken, dann aber muß sich sowohl das vordere als das hintere Blatt des Steckkissens ansehnlich verbreitern, so daß es für den unteren Teil des Rumpfes und für die Beine des Kindes einen weiteren Beutel bildet, in dem das Kleine seine instinktiven Muskelübungen mit den Beinchen ungehindert ausüben kann. Dieser Beutel kann durch Knöpfe oder Bänder längs beider Seiten so gut geschlossen sein, daß die Füße nicht hindurch können und dem Wärmebedürfnis genügt wird. Grätzer.

O. Polano, Über die Pflege und Ernährung frühgeborener und schwächlicher Säuglinge in den ersten Lebenstagen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 35.) Die erste Forderung heißt: Das Kind vor jedem vermeidbaren Wärmeverlust bewahren. Es ist eine Unsitte, es minutenlang zwischen den Beinen der Mutter bis zum völligen Aufhören der Nabelschnurpulsation liegen zu lassen, in der Meinung, ihm dadurch Reserveblut zuzuführen. Das ist gar nicht der Fall. Die Abnabelung muß nach mehrmaligem kräftigen Schreien des Kindes möglichst bald geschehen, wobei es sich empfiehlt, durch bereit gehaltene warme Tücher jeder Abkühlung vorzubeugen.

Noch schlimmer ergeht es asphyktischen Frühgeborenen. Man legt sie nackend auf einen Tisch, um nachzusehen, ob noch Herzschlag vorhanden, dann wird bei dem entblößt bleibenden Kinde die Trachea ausgesogen, dann die Schwingungen ausgeführt, wobei es sich meist eiskalt anfühlt. Man sollte das Frühgeborene sofort post partum in eine mit 38° C. warmem Wasser gefüllte Badewanne tragen, in der sich alle Maßnahmen außer der überhaupt besser durch Thoraxkompression, Herzmassage usw. zu ersetzenden Schwingungen ohne schwere Gefährdung des kindlichen Lebens durch Kältechok ausführen lassen.

Die zweite Forderung lautet: gleichmäßig erwärmte Luft dem Kinde zuführen. Credésche Wärmewannen und Couveusen haben mancherlei Mißstände. P. hat einen Brustkasten konstruiert (genaue Beschreibung desselben), dessen Vorzüge beruhen: 1. in der sich ohne Inanspruchnahme des Pflegepersonals auf konstanter Höhe haltenden Temperatur; 2. der leichten Transportierbarkeit; 3. der Möglichkeit, Pflege und Ernährung im Apparat selber vorzunehmen; 4. im geringen Preise (M. 65). Der Apparat hat sich bereits in vielen Fällen gut bewährt.

Betreffs der Ernährung herrscht die irrige Meinung, gerade schwache Neugeborene bedürfen in den ersten Tagen der Muttermilch. Ganz abgesehen davon, daß bei dieser Ernährung das Kind immer aus seiner Wärmequelle herausgenommen werden muß, hat in den ersten 3—4 Tagen eine Durchschnittswöchnerin nur eine so geringe Brustdrüsensekretion, daß an die Kräfte des schwächlichen Kindes unerhörte Anforderungen gestellt werden, wenn es die schlecht präparierte und mangelhaft funktionierende Brustdrüse als ausschließliche Nahrungsquelle benutzen soll. Rationell ist den ersten 4 Tagen

nur Kuhmilchernährung, die man Tag und Nacht alle 2 Stunden durchführt, 2 Stunden post partum beginnend und jedesmal 15—20 g gebend, und zwar bis zum sechsten Tage 1 Teil Milch zu 2 Teilen Wasser, von da ab 2 Teile Milch zu 2 Teilen Wasser (mit Milchzuckerzusatz). Das wird sehr gut vertragen, bis die mütterliche Brustdrüse unter Anwendung von Milchpumpen so weit präpariert ist, daß sie leicht funktioniert.

Aber alle diese Maßnahmen nützen nichts bei ungenügender Pflege. Ein frühgeborener oder schwächlicher Säugling verlangt von der Geburt an in den ersten Lebenswochen die ausschließliche Pflege einer peinlich gewissenhaften Wärterin!

Was die Prognose betrifft, so müssen wir für eine günstige im allgemeinen als die unterste Grenze des Anfangsgewichtes 1700—1800 g ansehen (bei Zwillingen etwas weniger); die Fälle von geringerem Gewicht mit günstigem Ausgang sind Einzelfälle. Daneben spielt die Hauptrolle das Geburtstrauma, worunter nicht etwa Fissuren, Frakturen u. dergl. zu verstehen sind, sondern schon jede Asphyxie post partum. Es beweist dies ein großer Teil dieser Kinder, welche am Ende der ersten 48 Stunden ad exitum kommen, ohne daß sich durch die Autopsie etwas Sicheres nachweisen läßt. Der andere kritische Haupttag ist der fünfte, die Zeit des Harnsäureinfarkts, der Höhepunkt des bei Frühgeborenen sich beinahe regelmäßig einstellenden Ikterus.

Sehr wesentlich ist endlich das Verhalten der Kinder bezüglich der Nahrungsaufnahme. Bei Frühgeborenen, die in den ersten 24 Stunden nicht zum regelmäßigen Trinken gebracht werden, schaut es meist übel aus. Stellt sich dann bald eine gewisse Cyanose des Gesichtes und der Hände ein, oder sieht das Kind eigentümlich schmutzig-grau aus, beginnt es beim Emporheben Hände und Wirbelsäule gleichmäßig zu steifen, so geht es im Laufe der nächsten 24 Stunden sicher zugrunde. Ist aber die erste Lebenswoche andererseits gut überstanden, hat das Kind etwa am zehnten Tage sein Anfangsgewicht erreicht, so läßt sich bei gleichbleibender guter Pflege eine im allgemeinen günstige Prognose stellen.

Grätzer.

O. Rommel (München), Bemerkungen zu dem Aufsatz von Polano. (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 37.) R. nimmt die von ihm selbst konstruierte Couveuse in Schutz, speziell was die Ventilation betrifft; dieselbe ist eine durchaus genügende. Dann polemisiert er wegen der Empfehlung, den Neugeborenen zunächst Kuhmilch zu reichen; gerade hier ist Muttermilch das Beste.

Endlich ist er nicht einverstanden mit der Bemerkung, Couveusen eignen sich nicht für die Privatpraxis. Er selbst hat auch hier recht günstige Erfolge erzielt, zuletzt bei einem Neugeborenen von 980 g Gewicht, jetzt 6100 g, wo das Kind über 2 Monate im Wärmeschrank lag, den die Mutter selbst bediente, da „geschultes Pflegepersonal" nicht zu Gebote stand; das Kind bekam allerdings längere Zeit die Brust.

Grätzer.

J. K. Friedjung, Einige Vorschläge zur Einschränkung der Säuglingssterblichkeit. (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 23.) Jeder Fortschritt der Milchhygiene wird von uns Ärzten mit Freude begrüßt. Aber es bleibt dabei zu bedenken, daß jede

Besserung der Methoden der künstlichen Ernährung eine Abnahme der Neigung zur natürlichen Ernährung im Gefolge hat. Dieser Abnahme mit aller Kraft in den breiten Volksschichten entgegenzusteuern, dürfen wir ja nicht vergessen. Wir müssen vor allem stets betonen, welch ungeheuren Vorzug die gemischte Ernährung vor der ausschließlich künstlichen verdient.

Die gesetzliche Festlegung der Forderung, es müsse jeder Frau ermöglicht werden, die letzten 2 Monate der Schwangerschaft schwere körperliche Arbeiten zu meiden und ihrem Kinde durch 4 Monate die Brust zu reichen, wird wohl noch lange auf sich warten lassen. Bis zu ihrer Durchführung müssen wir die Frauen wenigstens dazu veranlassen, daß sie morgens und abends nach der Arbeit, vielleicht auch mittags ihren Kindern die Brust reichen; vormittags und nachmittags kann dann künstliche Ernährung erfolgen. Bei diesem Alaitement mixte gedeihen die Kinder meist vortrefflich. In Fabriken könnte ein Raum den Müttern eingeräumt werden, wo sie sich alle 3 Stunden ein paar Minuten dem Nährgeschäft widmen dürften. Wenn eine Ehefrau sich dauernd ihren sexuellen Pflichten entzieht, so ist das ein Grund zur Scheidung. Wenn sie sich ohne zwingenden Grund, nur aus Bequemlichkeit, Genußsucht u. dergl. ihrer Stillpflicht entzieht, könnte das nicht ähnlich oder durch andere Strafen geahndet werden? Ferner fordert F., daß das Gesetz verlange, daß das Ammenkind mit der Mutter ins Haus genommen werden müsse, damit es gleichzeitig einige Monate der Muttermilch teilhaftig werde. Für die Kinder aber, die trotzdem allein auf künstliche Ernährung angewiesen sind, müßten die öffentlichen Faktoren einwandsfreie Milch zu geringen Preisen liefern.

Grätzer.

O. Wyss, Kindersterblichkeit im 1. Lebensjahr und Blasenseuche der Milchtiere. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1903. No. 21.) Die Zusammenstellung der Kindersterblichkeit im 1. Lebensjahre in Zürich ergab für die Jahre 1893—1901 ein stetiges Aufsteigen der Kindersterblichkeit, die 1898 ihre höchste Höhe erreichte. Es zeigte sich nun bei genauerem Nachforschen, daß die Enteritistodesfälle hier der maßgebende Faktor waren. Gerade 1898 herrschte eine Enteritisepidemie, lokalisiert in Zürich, nicht über die übrigen Städte der Schweiz verbreitet. Andererseits ging aus Nachforschungen hervor, daß in den Jahren der steigenden Kindersterblichkeit in Zürich daselbst die Blasenseuche (Maul- und Klauenseuche) der Milchtiere im Zunehmen war, und daß dem Jahre mit der größten Kindersterblichkeit die stärkste Ausbreitung der Blasenseuche entsprach.

Grätzer.

Arth. Keller, Die praktische Durchführung der Säuglingsfürsorge. (Die Krankenpflege. 1903. No. 12.) K. stellt als wesentlichstes Erfordernis eine regelmäßige ärztliche Überwachung aller Kinder, gesunder wie kranker, durch Kinderärzte hin, die von den ersten Lebenstagen an zu beginnen hat. Ferner sind Mütter, die ihre Kinder selbst stillen, materiell zu unterstützen. Wenn man für Beschaffung, kostenlose Verteilung usw. von tadelloser Kuhmilch sorgt, so ist das alles ganz gut, fordert aber gerade dazu heraus,

jene „Stillprämien“ einzuführen, weil sonst nur noch mehr Frauen jene Kuhmilch den Kindern reichen würden. Die ärztliche Beaufsichtigung muß sich auch auf die Behandlung der kranken, der früh und schwach geborenen Kinder ausdehnen, und es muß dem Arzt die Möglichkeit geboten sein, jenen Kindern, welche bei künstlicher Ernährung dem sicheren Tode verfallen sind, Frauenmilch zu verordnen. Er muß ferner, da selbst regelmäßige Vorstellung der Kinder bei ihm nicht genügt, in der Kontrolle der häuslichen Pflege durch Pflegerinnen, und zwar fest angestellte und besoldete, unterstützt werden. In Frankreich gibt es „Consultations de nourrissons“, Einrichtungen, um die in den Gebäranstalten geborenen Säuglinge noch nach der Entlassung in Außenpflege zu überwachen und der natürlichen Ernährung immer weitere Verbreitung zu verschaffen. Dieselben haben sich sehr bewährt und speziell einen recht günstigen erzieherischen Einfluß bezüglich der Säuglingsernährung ausgeübt. Es fände daher jener Fonds, der für die in Berlin zu errichtenden „Säuglingsheime“ bereits gesammelt ist, die zweckmäßigste Verwendung, wenn damit vorläufig Polikliniken im Sinne der französischen Consulations errichtet würden, die den Grund für die künftigen Säuglingsheime legen und ihnen schon jetzt vorarbeiten könnten. Für gesunde Kinder Haltepflege, für kranke und frühgeborene Anstaltspflege in Anstalten, welche Ammenmilch zur Verfügung haben, das muß man als das richtigste Prinzip ansehen. In die Säuglingsheime gehören die kranken, frühgeborenen und lebensschwachen Säuglinge, sowie die Frauen, welche willens sind, ihre Kinder selbst zu stillen, sich dazu aber nicht für befähigt halten. Wirken die Säuglingsheime in diesem Sinne, dann werden sie ein Segen für die armen Bevölkerungsklassen sein und der öffentlichen Wohlfahrtspflege unersetzliche Dienste leisten. Grätzer.

Cummins, A. H., Milk fever. (British medical Journal. 1903. S. 74.) Von der Ansicht ausgehend, daß das Milchfieber auf einer leichten Mastitis beruhe, wurde bei allen Schwangeren oder Wöchnerinnen die Brustwarze mit Wasser und Seife gereinigt und mit folgender Lösung behandelt: je 1 Teil Glyzerin-Tannin und Schwefelsäure vermischt mit 2 Teilen Wasser. Die Lösung wurde während 6—7 Tage während einiger Stunden auf die Warzen aufgetragen, in der übrigen Zeit wurden sie mit steriler Watte bedeckt. Durch diese Behandlung wurden die Warzen widerstandsfähiger, und die Folge war, daß das Milchfieber seltener wurde.

Schreiber (Göttingen).

Holger Prip (Däne), Versuche mit Organotherapie bei Hypogalaktie. (Hospitalstidende. 1903. No. 28.) Der Verf., der Assistent am Königin Louisen-Kinderhospital zu Kopenhagen ist, hat versucht, die Hypogalaktie dadurch zu behandeln, daß er den Müttern Kuheuter zu essen gegeben hat. Hierdurch entstand eine relative Hypersekretion; die Brustdrüsen wurden gespannt, die Milch wurde reichlich, die Säuglinge, welche früher nicht gediehen, nahmen an Gewicht zu. 6 Krankengeschichten werden veröffentlicht; die Eutertherapie gelang in den 5 Fällen, in welchen auch die Großmütter

mütterlicher Seite im Besitze des Laktationsvermögens gewesen waren, war aber ohne Erfolg im sechsten Fall, in welchem die Großmutter ihre Kinder nicht gestillt hatte.

Das Euter wurde entweder mehrere Stunden gekocht oder gehackt und geschmort, in einzelnen Fällen gepöckelt oder geräuchert. Oft hatten die Mütter anfangs Widerwillen gegen das Euter, später schmeckte es ihnen gewöhnlich. Es wurde gewöhnlich zweimal täglich ordiniert und wurde gut vertragen. In 2 Fällen wurde das Säugen nur durch die Euterbehandlung durchgeführt; die Hypogalaktie kehrte zurück jedesmal, wenn das Euter seponiert wurde.

Wie das Euter wirkt, darf der Verf. noch nicht entscheiden. A priori kann nicht ausgeschlossen werden, daß das Euter nur als ein sehr fett- und stickstoffhaltiges Nahrungsmittel wirkt, es ist aber auch möglich, daß es ein sekretorisches Irritament enthält.

Nach der für Fermentextraktion gewöhnlichen Methode hat der Verf. einen Extrakt der frischen Drüse dargestellt — 13 g eines leichten graubraunen Pulvers wurden aus c. 2 kg eines Euters gewonnen. Versuche mit diesem Pulver hat der Verf. noch nicht angestellt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Monti, Die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 37 Heft 2.) Aus dem an dem Madrider internationalen medizinischen Kongreß erstatteten Referat zieht M. folgende Schlüsse:

Die einzige Nahrung, die uns die Sicherheit der physiologischen Entwicklung des Säuglings gewährt, ist die Frauenmilch, vorausgesetzt, daß man die Gesichtspunkte, die ich früher entfaltet habe, genau befolgt. Im Interesse der ungestörten Entwicklung des Kindes ist das Selbststillen der eigenen Mutter angezeigt. Wo dies nicht möglich ist, soll im Interesse der Heranziehung eines gesunden und kräftigen Nachwuchses die Ernährung des Säuglings durch eine Amme besorgt werden.

Die künstliche Ernährung ist nur auf einzelne Notfälle zu beschränken, weil dieselben durch Zurückbleiben der Körperentwicklung des Säuglings die Quelle einer größeren Mortalität und vieler diskrasischen Leiden ist, die das Heranwachsen eines starken Nachwuchses verhindert.

Die Ernährung des Säuglings durch die Mutter oder eine Amme ist nur erfolgreich, wenn man auf die Menge und Qualität der Milch und auf die Veränderungen der Frauenmilch, die während der Laktationsperiode vor sich gehen, Rücksicht nimmt.

In anbetracht, daß durch die Ernährung mit Frauenmilch die einzige Sicherheit geboten ist, einen gesunden Nachwuchs heranzuziehen, ist es notwendig, diese Ernährung allen Volksklassen zugänglich und möglich zu machen und die Ärzte müssen bei den betreffenden Behörden dahin wirken, daß Anstalten gegründet werden, bei welchen die Kinder des Volkes mit Ammenmilch genährt werden, oder durch Gründung von Prämien und Verleihung von Stipendien an stillende Frauen die Stillung eines fremden Kindes ermöglicht werde. Das Ammenwesen muß gesetzlich überwacht und geregelt werden.

R. Hecker (München).

B. Salge, Die Frauenmilch in der Therapie des akuten Dünndarmkatarrhs. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 58. 4.) Daß die Frauenmilch ein eminenter Heilfaktor bei der Behandlung magendarmkranker Säuglinge ist, haben Keller und Schloßmann schon betont. Ob aber ein Unterschied dabei gemacht werden muß je nach der Art der vorliegenden Verdauungsstörung, war noch nicht entschieden. S. fand nun, daß in den denjenigen Fällen von akutem Dünndarmkatarrh, die mit stark toxischen Symptomen einhergingen, die Frauenmilch einen entschieden ungünstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf ausgeübt hat. Das stimmt mit der an der Berliner Klinik gemachten Erfahrung, daß für die Ernährung derartiger Kinder, nachdem die Zeit der Schonung des Darmkanals durch Hungern vorüber ist, die fettreichen Nährmischungen wenig günstig sind. Die Bedeutung der Frauenmilch für die Ernährung des kranken Säuglings wird nach Ansicht S.'s durch derartige Erfahrungen nicht erschüttert, da ihr Nutzen bei den nicht toxischen Dyspepsien außer Zweifel steht.

R. Hecker (München).

E. Weill und **V. Thevenet,** Über die figurierten Elemente des Kolostrums und der Milch der Frau. (Archives de médecine des enfants. August 1903.) Die Verfasser gelangen zu folgenden Schlüssen. Die Anwesenheit von granulierten Körpern in den Sekretionsprodukten der Brust bedeutet, daß die Exkretion nicht mehr das Gleichgewicht der Sekretion hält. Solange die Flüssigkeitsmenge gering und die Sekretion minimal ist, sind die wenig zahlreichen Mononuklearen in Verbindung mit einigen Polynuklearen genügend. Sowie aber die Milch in reichlichem Maße erscheint und die Evakuationswege ungenügend sind, die Spannung sich hebt, wie dies gleich nach der Geburt der Fall ist, wo die Sammelsinuse noch keine Zeit gehabt haben sich zu erweitern, erscheint die Notwendigkeit einer rascheren Resorption, da die Möglichkeit einer Infektion akut wird, dann sieht man die polynuklearen Zellen in Mengen heranziehen, um die Verteidigung zu verstärken und das Terrain zu reinigen. Die Experimente Czerny's legen den Gedanken nahe, daß, nachdem dieselben sich mit fettigen Körperchen gefüllt haben, sie wieder in den allgemeinen Kreislauf gelangen und daß auch hier, wie auch bei den Infektionen durch Mikroben, die Phagocytose kein Todesvorgang ist.

Es folgt hieraus, daß, wenn man nach Zentrifugierung der Milch oder des Kolostrums einen reichlichen Niederschlag, enthaltend eine große Anzahl polynuklearer Zellen, findet, dies eine kräftige und reichliche Milchsekretion anzeigt und also ein günstiges Zeichen für die Laktation abgibt. Andererseits wäre eine proportionell erhöhte Anzahl der Lymphocyten im Kolostrum oder der Milch eine schlechte Prognose für die Zukunft der Laktation. Dies beginnt bereits wenn das Verhältnis 25:100 beträgt, doch findet man mitunter auch 80:100. Diese Anwesenheit der Lymphocyten im Kolostrum und der Milch ist noch nicht erklärt. Vielleicht sind dieselben bestimmt, sich in Mononukleare zu verwandeln und ist ihre große Anzahl ein Zeichen, daß diese Verwandlung infolge einer schwachen Sekretion eine wenig

aktive ist. Dies wäre auch ein Zeichen, daß die Transsudation eines einfachen Serums, vor der Sekretion eigentlicher Milch überwiegt.

E. Toff (Braila).

Van de Velde und **De Landtscheer** (Antwerpen). Die Fermente der Milch. (Archives de méd. des enfants. Juli 1903.) Die Verf. haben die Versuche Spolverinis kontrolliert, daß nämlich durch Verfütterung von keimender Gerste an Milchtiere, das in derselben enthaltene amylolytische Ferment in die Milch übergehe, also derselben auf künstlichem Wege ein Ferment beigebracht werde, welches in der Frauenmilch eine wichtige Rolle spiele. Außerdem sollte diese Milch auch die Eigenschaft erlangen, Salol in Karbolsäure und Salizylsäure umzusetzen. Für diese Kontrollversuche wurden gesunde Kühe ausgewählt, deren Milch nach wiederholten Versuchen als frei von diastatischem Fermente gefunden wurde, denselben wurde durch mehr als einen Monat täglich je 1 kg keimender Gerste, außer der gewöhnlichen Nahrung, verabreicht. Trotzdem diese Gerste eine bedeutende diastatische Wirkung hatte, zeigte es sich, daß die Milch der betreffenden Kühe während der ganzen Dauer der Versuche keineswegs die von Spolverini angeführten neuen Eigenschaften erlangt hatte.

Das Melken wurde unter streng aseptischen Kautelen vorgenommen, aber um eine Infektion sicher hintanhalten zu können, wurde der Milch auch ein antiseptischer Körper, Schwefeläther, im Verhältnisse von 10:90, zugesetzt. Derselbe hat, wie zahlreiche Versuche ergaben, auf die in Rede stehenden Fermente keinerlei Wirkung, ist aber imstande, die Entwicklung von Mikroben in der Milch zu verhindern.

Die Verf. schließen aus ihren Versuchen, daß es auf dem angegebenen Wege nicht möglich sei, das betreffende Ferment der Frauenmilch in die Kuhmilch überzuführen. E. Toff (Braila).

Luigi Concetti, Die künstliche Ernährung vom Gesichtspunkte der Theorie der löslichen Fermente (Arch. de méd. des enf. Juni 1903.) Beim Melken und der Konservierung tierischer Milch soll die Antisepsie durch Asepsie vertreten werden. Auf diese Weise wird nicht nur jede Ursache einer Toxiinfektion entfernt, sondern auch die löslichen Fermente der Milch erhalten, welche von Wichtigkeit sind, obwohl sie verschieden sind und in minderer Quantität als in der Frauenmilch vorkommen.

Die Proportion der betreffenden Fermente soll quantitativ und qualitativ vermehrt werden, indem man dieselben künstlich in den Organismus der Milchtiere einführen soll. Nur auf diese Weise kann man eine wirklich humanisierte Milch erhalten oder wenigstens eine Milch, deren biologische Wirkungen sich am meisten der Frauenmilch nähern. E. Toff (Braila).

Würtz, Ein Beitrag zur Ernährungsphysiologie des Säuglings. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58 Heft 3.) Beobachtungen am eigenen an der Brust genährten Kind, denen wir folgendes entnehmen:

Da erst 3 Wochen nach der Geburt das Anfangsgewicht wieder

erreicht war, die Milchproduktion in 24 Stunden nur ca. 450 gr betrug und daß das kräftige Kind nicht bestehen konnte, wurde Beikost in Form von Biedertschem Rahmgemenge gereicht. Die Kurve schnellte wie mit einem Schlage empor und zeigte aufs neue, daß das Ende der dritten und der Anfang der vierten Woche für das Stillgeschäft vielfach kritische Momente sind, deren Überwindung man sich durch Nachhilfe mit künstlicher Ernährung erleichtern kann, um alsdann, wenn sich Angebot und Nachfrage zwischen Brust und Kind gegenseitig geregelt haben, wieder zur natürlichen Ernährung zurückzukehren. Auffallend war die kolossale Ausnützung der zugeführten Nahrung[1]) in den 2—4 ersten Tagen nach der Geburt. Ein Energiequotient selbst von der geringen Höhe von 70 Kalorien pro Kilo Körpergewicht ermöglicht in diesen Tagen noch ein physiologisches Wachstum. Diese Ausnützung dürfte jedoch nur eine scheinbare sein, da es wahrscheinlich ist, daß gerade in dieser Zeit besonders Wasser angesetzt wird. Erst nachdem die Gewebe wieder in den Zustand einer gewissen Sättigung gelangt sind, wird die Zunahme vorwiegend bedingt durch die eigentliche Ausnützung der zugeführten Nährstoffe, während die Resorption des Wassers mehr und mehr in den Hintergrund tritt. Der Energiequozient war am größten in der 6. Woche mit 115,7 Kalorien, was mit Feer's Erfahrungen übereinstimmt. Der Energiequozient zeigt aber Schwankungen von fast 30 Kalorien innerhalb weniger Wochen. Es wäre daher falsch, eine bestimmte Zahl als Norm für das ganze Säuglingsalter zu fordern, ohne das Alter und die Konstitution eines Kindes mit zu berücksichtigen. Das Verhalten des Zuwachsquotienten (Verhältnis der eingenommenen Nahrung zur Körpergewichtszunahme) der von 16 % in der 4. Woche allmählich abfiel, zeigt, daß je jünger die Kinder sind, um so größer die Ausnützung, oder daß mit zunehmendem Alter der Ansatz abnimmt. Die Zahl der Mahlzeiten wurde von anfänglich 7 auf 5 und schließlich vom 3. Monat ab auf 4 herabgesetzt. Natürlich wuchs damit die Größe der Einzelmahlzeit, bei der wir Mengen bis zu 410 gr finden. Da solche Mengen sicher der Kapazität des Magens nicht entsprechen, muß eine mit dem Trinken gleichzeitige Entleerung der Milch in den Dünndarm angenommen werden. Vielleicht ist überhaupt die eigentliche Größe des Magens für die Aufnahmefähigkeit des Kindes von viel geringerem Werte als der Zustand des Pylorus. W. plädiert warm für eine solche Reduktion in der Zahl der Brustmahlzeiten, als für ein Mittel, durch das häufig die Stillfähigkeit einer Frau erhalten und auch mancher äußere Hinderungsgrund für das Stillen beseitigt werden kann.

R. Hecker (München).

W. Lissauer, Über Oberflächenmessungen an Säuglingen und ihre Bedeutung für den Nahrungsbedarf. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58 Heft 2.) Die Oberfläche wurde mittels des Dermatographen durch feine Striche in bestimmte Regionen eingeteilt. Hierbei wurde nicht nach festliegenden Regeln vorgegangen.

---

[1]) Den Berechnungen liegt die Heubnersche Zahl von 650 als Kalorienwert für 1 Liter Muttermilch zugrunde.

Vielmehr fielen die einzelnen Stellen verschieden groß aus, wie es sich gerade als praktisch herausstellte; so wurde Brust und Bauch als Ganzes oder geteilt gemessen, ebenso der Rücken; der Kopf wurde in Stirne, Gesicht, Vorderkopf, Hinterkopf und zuweilen noch in Unterabschnitte geteilt. Das Ohr wurde in mehreren Abschnitten gemessen, ebenso die Hand, bei der die Finger einzeln, Volar- und Dorsalfläche, vorgenommen wurden usw. Alsdann wurde eine bestimmte, mit Bismarckbraun versetzte Harzlösung mittels Pinsels direkt auf die Haut aufgetragen, hierauf Seidenpapier auf die bestrichene Region aufgedrückt und abgezogen. Auf dem Papier zeigte sich dann ein scharfer brauner Abdruck der betreffenden Region. Das Seidenpapier hatte den Vorteil, daß es sich auch um zylindrische Körperteile anschmiegte, indem diejenigen Stellen, an denen das Papier der Haut nicht auflag, beim Abdrücken in Falten gelegt wurde. Diese waren später beim Ausmessen deutlich daran erkennbar, daß sie ungefärbt waren. Aus den Resultaten heben wir hervor: Das Verhältnis von Kopfoberfläche zur Gesamtoberfläche ist kein konstantes. Es beträgt ungefähr 1:5. Konstanter ist das Verhältnis der Oberfläche des Rumpfes zu der des Körpers, nämlich wie 1:2,5. Die Oberfläche der Extremitäten ist annähernd gleich der des Rumpfes. Die der untern Extremitäten ist durchschnittlich etwa $1\,^1/_2$ mal so groß wie die der obern. Wichtig ist das Verhältnis von Oberfläche zum Körpergewicht: je größer das Gewicht, um so kleiner wird im Verhältnis zu ihm die Oberfläche und umgekehrt. Am ausgeprägtesten zeigen dies Frühgeburten, bei denen die Oberfläche bei weitem dominiert. Das Alter des Kindes spielt keine Rolle bei der Oberflächenbildung, sondern nur das Gewicht. 2 Kinder von verschiedenem Alter, aber gleichem Gewicht, weisen gleich große Oberflächen auf. Bezüglich des Verhältnisses zwischen Oberfläche und Nahrungsbedarf ergeben sich folgende Schlüsse: der Nahrungsbedarf von Kindern gleichen Alters und verschiedenen Gewichts ist verschieden; er ist nicht proportional dem Gewicht, sondern der Oberfläche. Der Nahrungsbedarf von Kindern von verschiedenem Alter und gleichem Gewicht ist verschieden, trotz gleicher Oberfläche. Die in der Ernährung zurückgebliebenen älteren Kinder haben einen bedeutend größeren Bedarf; derselbe entspricht dem eines normalen Säuglings derselben Altersstufe. Der Mehrbedarf der zurückgebliebenen älteren Kinder im Vergleich zum gleich schweren jüngeren Kinde wird durch den relativ größeren Gehalt an lebenden Zellen bei Zurücktreten des der Ernährung nicht bedürftigen Fettes stets bedingt. In ähnlicher Weise sind vielleicht auch die bei gleichalterigen, gleich schweren Kindern beobachteten Differenzen im Nahrungsbedarf zu erklären. R. Hecker (München).

Hotz, Physikalisch-chemische Untersuchungen über Kuhmilch. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58 Heft 2.) Während die meisten Arbeiten, die sich mit Gefrierpunkts- und Leitfähigkeitsbestimmungen der Milch befassen, nur immer eines von beiden berücksichtigen, unternimmt H. eine kombinierte Untersuchung der Kuhmilch, indem von jeder Probe Gefrierpunkt und Leitfähigkeit

zugleich bestimmt wurden. Es wurden untersucht rohe Milch mit und ohne Rahm; der Einfluß des Kochens, der Gerinnung, worauf sich eine Untersuchung über Backhausmilch und einige Verdauungsversuche anschließen. Die Berechnungen ergaben, daß die mittlere Gefrierpunktserniedrigung von Mischmilch $\Delta = 0{,}557^{0}$, von Einzelmilch $\Delta = 0{,}551^{0}$ — also annähernd gleich viel beträgt — so daß man an Hand eines Materials von rund 300 Bestimmungen von einer relativen Konstanz der Gefrierpunktsdepression der Kuhmilch sprechen kann. Die Leitfähigkeit muß als variable Größe bezeichnet werden, immerhin mit der Einschränkung, daß bei Mischmilch die Abweichungen von dem Mittelwerte relativ geringe sind. Während Vollmilch eine Gefrierpunktserniedrigung von $0{,}558^{0}$ hat, ergibt ein Zusatz von 10 $^{0}/_{0}$ Wasser zu Vollmilch eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,500, also eine Differenz, die mit Sicherheit auf eine Verfälschung der Milch schließen läßt. Die Leitfähigkeit nimmt durch die Abrahmung zu. Durch das Kochen zeigt sich übereinstimmend in den verschiedenen Versuchen eine Abnahme der Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung, die mit der Dauer des Kochens zunimmt. Durch das Kochen findet nicht nur ein Verlust an osmotisch wirksamen Molekülen, sondern auch an Ionen statt, d. h. es müssen lösliche Salze in unlösliche übergehen. Dies steht im Einklang mit der Beobachtung Söldners, daß das Kochen der Milch mit einer Minderung des gelösten Kalkes und der gelösten Phosporsaüre und gleichzeitiger Vermehrung des suspendierten unlöslichen Calciumphosphates einhergeht. H. glaubt, daß das Kochen eine Veränderung des Kaseins bedingt, und zwar ist diese dahin zu deuten, daß das Eiweißmolekül in einen stabileren Zustand übergeführt wird, wodurch es leichter in seine Spaltungsprodukte zerfällt. Durch die Labgerinnung wird die Leitfähigkeit stark, der Gefrierpunkt der Milch aber nicht beeinflußt. Es findet also keine Veränderung in der Konzentration an osmotischen wirksamen Molekülen statt. Der Gehalt der süßen Molke an Eiweiß ist bedeutend geringer als bei der Milch, und auch die Asche erfährt eine gewisse Verminderung. Dieser Verlust an Asche macht sich aber physikalisch nicht bemerkbar, was beweist, daß es sich dabei nicht um gelöste Salze handeln kann; das unfiltrierbare Calciumphosphat der Milch ist also wahrscheinlich als suspendierte unlösliche Verbindung in derselben enthalten und wird bei der Labgerinnung ähnlich wie das Fett in dem sich bildenden Koagulum eingeschlossen. Die Leitfähigkeit zeigt bei der Gerinnung eine bedeutende Veränderung, und zwar im Sinne einer Zunahme von 8—10 $^{0}/_{0}$, Im Gegensatz zur Labgerinnung wird das Kasein bei der Säuregerinnung nicht verändert und enthält das Gerinsel, da der größte Teil der suspendierten Salze in Lösung übergeht, nur kleine Mengen von Calciumphosphat. Diese Milchsäurebildung und die Auflösung von suspendiertem Salz bewirken infolge der daraus resultierenden Vermehrung der osmotisch wirksamen Moleküle und namentlich auch der Ionen eine starke Erhöhung der Werte, der Gefrierpunktserniedrigung und der Leitfähigkeit. Diese Reaktion ist gegenüber dem Eintritt der freiwilligen Säuerung der Milch feiner als Lakmuspapier. R. Hecker (München).

W. Silberschmidt, Über den Einfluß der Erwärmung auf die Gerinnung der Kuhmilch. (Aus dem Hygiene-Institut der Universität Zürich.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 27 u. 28.) Labgerinnungsversuche ergaben, daß rohe Milch zu rasch und zu grobflockig gerinnt, erhöhte (mechanische) Anforderungen an die Magenmuskulatur stellt und der Einwirkung der Verdauungssäfte weniger zugänglich ist, daß aber andererseits auch die zu lange gekochte Milch schwer gerinnt und die chemischen Leistungen des Magens in erhöhtem Maße in Anspruch nimmt. Es zeigte sich, daß die zu lange gekochte oder zu hoch erhitzte Kuhmilch ihre Gerinnungsfähigkeit nach Labzusatz völlig einbüßt; es kommt zwar doch, dank der Säurebildung, zur Gerinnung im Magen, allein diese Gerinnung erfordert erhöhte Säurebildung und somit erhöhte Sekretion des Magens, ein Moment, welches bei Säuglingen und bei Magenkranken Berücksichtigung verdient. Die günstigsten Resultate, namentlich in bezug auf Beschaffenheit der Gerinnsel, ergaben die kurze Zeit (10—12 Minuten) gekochte oder nach Soxhlet erhitzte Milch. Die pasteurisierte Milch gerann rasch, aber grobflockig oder sogar klumpig nach Labzusatz; die längere Zeit (1 Stunde) auf 100° erhitzte ergab sehr feinflockige Gerinnsel, allein die Gerinnung erfolgte erst nach Stunden.

Daß die Gerinnung im Säuglingsmagen anders vor sich geht, ist selbstverständlich; es ist daher nicht möglich, auf Grund der in vitro erhaltenen Resultate Normen für die Erhitzung der Kindermilch aufzustellen. Es ist aber aus den Untersuchungen zu entnehmen, daß ein nachweisbarer Unterschied in dem Verhalten der Milch, je nach Dauer und Höhe der Erhitzung, zu beobachten ist.

Grätzer.

Enrico Gagnoni, Einfluß der Erwärmung im Wasserbad nach der Soxhletschen Methode auf die Verdaulichkeit der in der Kuhmilch enthaltenen Eiweißstoffe. (La Pediatria. Juni. 1903.) Die Auseinandersetzungen des Verf.s zielen dahin, zu beweisen, daß die Soxhletsche Methode keinen ungünstigen Einfluß auf die Verdaulichkeit der in der Milch enthaltenen Eiweißstoffe ausübt.

F.

Raphael Raimondi, Conséquences pratiques de l'usage de lait vivant. (Archives de méd. des enf. Oktober 1903.) R. tritt warm für die Anwendung der lebenden, also nicht gekochten und nicht sterilisierten Kuhmilch zur künstlichen Ernährung der Säuglinge ein. Das Melken findet unter streng aseptischen Kautelen statt und werden die betreffenden Kühe vorher tuberkulinisiert. Auf diese Weise wird der Milch die autodigestive Kraft erhalten und die Fermente nicht zerstört. Man findet bei den derart genährten Kindern viel weniger gastrische Störungen, Dyspepsien, Skorbut und Rachitis als bei den mit sterilisierter Milch ernährten. Nichtsdestoweniger kann die sterilisierte Milch, schon wegen der Schwierigkeit des Erhaltens tadelloser lebender Milch, nicht immer und überall durch dieselbe ersetzt werden.

E. Toff (Braila).

C. G. Kerley, Breast Milk and Cows Milk. (Medical Record. 8. August 1903.) Seit Jahren wird gelehrt, daß Frauenmilch alkalisch, während Kuhmilch sauer sei.

Im Verein mit zwei Assistenten hat K. eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen, und ist zu der Überzeugung gelangt, daß Frauenmilch ebenso wie Kuhmilch sauer ist. Nun ist aber die Lakmuspapierprobe unzulässig. Man muß zu feineren Reagentien greifen. Fernerhin hat sich gezeigt, daß ein Zusatz von Aqua calcis oder Natrium bicarbonicum die Gerinnung der Milch im Magen verlangsamt, und somit die Bildung großer Gerinnsel verhindert. Darin liegt der ganze Sinn der Alkalien als Hilfsmittel bei der Säuglingsernährung. Die Alkalien nützen nicht, weil sie die Säuren neutralisieren, sondern lediglich, weil sie die Gerinnung modifizieren.

Leo Jakobi (New York).

Elias H. Barthley, Raw Cows Milk in Infant Feeding. (Pediatrics. Mai 1903.) Soviel steht heute schon auf dem Gebiete der künstlichen Ernährung fest, daß die sterilisierte sowohl als auch die pasteurisierte Milch vielfach schädliche Eigenschaften entfaltet. Nun heißt es, man müsse eben die schlimmen Folgen mit in den Kauf nehmen, denn ungekochte Milch sei außer Frage. Dagegen hält Verf. die rohe, reine und frische Kuhmilch für die beste Ersatznahrung im Säuglingsalter. In den ersten Monaten muß diese Milch natürlich verdünnt werden, und zu diesem Zweck empfiehlt Verf. die Molken. Ausführliche Milchmischungen sind angegeben, doch im allgemeinen wird man oft die richtige Mischung erst ausprobieren müssen, denn keine zwei Säuglinge zeigen dieselbe Toleranz gegen ihre Nahrung.

Die Molken sollen mit Labferment zubereitet und das Gerinnsel während des Erstarrens gerührt werden. Um das Gerinnen der Mischung zu vermeiden, erhitze man die fertigen Molken bis zu 150° F., oder setze einen gehäuften Teelöffel voll Natrium bicarbonicum auf ein Liter Molken hinzu.

Leo Jakobi.

C. W. M. Brown, Sterilized Milk, Pasteurized Milk or Clean Milk. (Archives of Pediatrics. April 1903.) Verf. resumiert seine Ausführungen wie folgt:

1. Das Sterilisieren der Milch für Zwecke der Säuglingsernährung ist in großstädtischen Armenverhältnissen immer noch ein wertvolles Verfahren, da es an die Intelligenz der Mütter nur geringe Anforderungen stellt. Die Milch wird dabei einfach abgekocht.

2. Das Pasteurisieren (140°—158° F.) im geschlossenen Gefäß eine Viertelstunde lang ist dem Sterilisieren sehr vorzuziehen, da es die Milch in ihrem Geschmack und ihrer Zusammensetzung wenig verändert, während die Mikroorganismen doch getötet werden. Jedoch steht so viel fest, daß jedes Erhitzen der Milch, wenn es nur hoch genug ist, um die Bakterien zu töten, auch die Milch auf eine nachteilige Weise modifiziert. Daher ist frische, reinliche, rohe Milch allen anderen Milchsorten vorzuziehen.

3. Diese rohe Milch wird gegenwärtig in zahlreichen Großstädten geliefert, und der greise Jacobi betrachtet diese Tatsache als den größten Schritt vorwärts, den unsere Pädiatrie in den letzten 10 Jahren gemacht hat.

Leo Jakobi (New York).

N. Daniloff, Die Schattenseiten der Milchsterilisation bei der künstlichen Ernährung der Kinder. (Russky Wratsch. 1903 No. 7.) Die überaus weite Verbreitung, welche die Milchsterilisation seit ihrer Einführung sofort im praktischen Leben gefunden hat, ist dadurch zu erklären, daß sie das einzig mögliche Mittel zur Rettung und Erhaltung vieler aus irgendwelchen Gründen der Ernährung an der Mutterbrust oder der Ammenmilch beraubten Kinder darstellte. Aber das im Laufe der Zeit angesammelte klinische Material und eine Reihe von praktischen Beobachtungen setzten der anfänglichen Begeisterung nach und nach einen Dämpfer auf. Immer häufiger und häufiger wurden Stimmen laut, welche sich gegen das Sterilisieren aussprachen, und auf dem VIII. Pirogoff-Kongreß russischer Ärzte erklärte der verstorbene N. Filatoff, daß das Sterilisieren der Kindermilch unbedingt fallen gelassen werden müsse. Auf Grund seiner eigenen Versuche und Analysen (175), welche er im Laboratorium des Moskauer Findelhauses vorgenommen hat, sowie zahlreicher anderer Untersuchungen und Beobachtungen kommt der Verf. zu dem Schluß, daß das Sterilisieren nicht nur die chemischen, sondern auch die physikalischen Eigenschaften der Milch alteriert, wobei diese Veränderungen so tiefgreifend und wichtig sind, daß sie die Vorgänge der Resorption und Assimilation ihrer Hauptbestandteile hochgradig stören. Überdies erreicht das Sterilisieren nicht seinen Hauptzweck: Vernichtung sämtlicher Bakterien und ihrer Sporen.

A. Dworetzky (Moskau).

E. Wechsler, Versuche über die Verwendbarkeit von Rauperts Flaschenverschluß zur Milchsterilisation. (Die Krankenpflege. 1903. No. 12.) Die an der Montischen Klinik angestellten Versuche ergaben die Vorzüglichkeit dieses Flaschenverschlusses, der sich außerdem durch Einfachheit und große Billigkeit auszeichnet, so daß er sich nicht nur fürs Haus, sondern auch für den Großbetrieb durchaus eignet.

Grätzer.

Erwin Kobrak, Buttermilch als Säuglingsnahrung in der poliklinischen Praxis. (Aus der Poliklinik von H. Neumann, Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Juli 1903.) Auf Grund seiner Versuche kommt K. zu folgenden Schlüssen:

I. Es ist wünschenswert und auch angängig, ambulante Kinder der ärmeren Bevölkerung mit Buttermilch in gewissen Fällen zu ernähren. Nur ist es vor der Hand noch nötig, daß diese Nahrung in einer Zentralstelle mit ärztlicher Direktive (Poliklinik oder dergl.), der tadellose rohe Buttermilch zur Verfügung steht, nach ärztlicher Vorschrift in Portionsflaschen abgeteilt hergestellt wird. Tägliche Abholung ist Voraussetzung.

II. Die Anwendungsgebiete für die Buttermilch sind:

1. Frühgeburten und bei Geburt schwach entwickelte Kinder, denen Brustnahrung nicht gegeben werden kann. Beste Erfolge!

2. Atrophische Kinder.

3. Verwendung zum Allaitement mixte, speziell bei den unter 1 und 2 genannten Kindern.

4. Verwendung im dyspeptischen Stadium mittelschwerer und leichter Darmkatarrhe, hingegen nicht im akuten Stadium.

5. Bei angeborenem oder früh erworbenem Erbrechen schwerer Art, deswegen, weil es zuweilen gelingt, bei seltener Darreichung und spärlicher Nahrungsmenge eine relativ hohe Kalorienzahl zuzuführen.

Für kontraindiziert hält K. Buttermilch:

1. Wenn sie mit großem Widerwillen trotz mehr als 2tägigen Versuches genommen wird.

2. Wenn bei ihr Dyspepsie mit stark sauren Stühlen entsteht.

3. Wenn bei ihr heftiges, sonst nicht bestehendes Erbrechen eintritt.

4. Wenn bei ihr ein Darmkatarrh mit spritzenden Stühlen entsteht oder rezidiviert.

5. Im dyspeptischen Stadium schwerer Darmkatarrhe.

6. Bei Tetanie, wenn die objektiven Symptome, vor allem die elektrische Erregbarkeit und der Laryngospasmus sich bei dieser Nahrung verschlimmern.

7. Bei sehr hochgradiger Verstopfung, es sei denn, daß sonstige dringende Indikation vorliegt; in diesem Falle läßt sich unter Umständen durch Zusatz abführender Substanzen, wie Malzsuppenextrakt, auch Theinhardts löslicher Kindernahrung, die stopfende Wirkung der Buttermilch aufheben.

8. Bei Barlowscher Krankheit.

Schließlich hat K. die Vermutung, daß eine zu lange Ernährung mit Buttermilch eine konstitutionelle Störung (Anämie, Schwellung der Milz und Leber) verursachen kann. Aus diesem Grunde unter anderen widerrät er auch die Verwendung der Buttermilch als Säuglingsnahrung ohne besondere Indikation. Grätzer.

P. Selter, Buttermilchkonserve, ein neues Säuglingspräparat. (Deutsche med. Wochenschr. 1903. No. 27.) Vortrag, gehalten in der XII. Versammlung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte. Wir haben das Wesentliche davon bereits mitgeteilt. (D. Zentralbl. VIII. S. 216.) Grätzer.

Antoine Arraga, Buttermilch. (Arch. de médecine des enf. Juni 1903.) A. hat in mehreren Fällen von Gastroenteritis bei Kindern Buttermilch angewendet und ist mit den erzielten Resultaten sehr zufrieden. Er betrachtet mit Baginsky dieses Nahrungsmittel als allen anderen überlegen, indem es selbst in schweren Fällen von Dyspepsie gute Erfolge gibt.

Die Bereitung der Buttermilch wurde mit besonderer Sorgfalt vorgenommen; die benutzte Sahne stand nicht länger als 24 Stunden, worauf, nach vorgenommener Ausbutterung, der Buttermilch je 25 gr Weizenmehl und 35 gr Rohrzucker pro Liter zugesetzt wurde. Unter fortwährendem Mischen wird das ganze durch 2 Minuten gekocht, hierauf in sterilisierte Flaschen gefüllt und in Eis aufbewahrt. Die Kinder bekommen 150—200 gr zweistündlich. Manche zeigten nach einigen Tagen Widerwillen gegen dieses Nahrungsmittel, und wurde dann zeitweilig Malted-Milch oder Nestlesches Mehl gegeben.

E. Toff (Braila).

M. Levy, Praktische Erfahrungen über Ernährung mit Pegninmilch. (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 23.) L. hat gleich vielen anderen mit der Pegninmilch bei Säuglingen ausgezeichnete Erfahrungen gemacht. Auch bei Tuberkulösen hat sich die gelabte Milch bestens bewährt. Grätzer.

O. Rommel (München), Der Soxhletsche Nährzucker in der Säuglingsernährung. (Die Mediz. Woche. 1903. No. 35.) Resümiert K. seine mit dem Soxhletschen Nährzucker gemachten Erfahrungen, so möchte er sagen: Derselbe ist ein rationelles Zusatzmittel zur Verbesserung der verdünnten Kuhmilch. In der Behandlung kranker Säuglinge ist der Nährzucker indiziert,

1. bei akuten Darmkatarrhen, als erste Nahrung nach Wasserdiät;

2. in den meisten Fällen, wo auch Kellers Malzsuppe angezeigt ist, d. h. bei chronischen Ernährungsstörungen, zumal solchen, welche bei milch- und fettreicher Nahrung aufgetreten sind.

3. Im Preise der Kellerschen Malzsuppe gleich (ca. 45 Pf. pro Liter — bei etwa 700 Kaloriengehalt), ist die Technik der Nahrungsbereitung mit dem Soxhletschen Nährzucker so viel einfacher, daß derselbe, zumal für die Privatpraxis, den Vorzug verdient. (Mellins Food kostet 1 Liter Nahrung $^1/_2$ Milch, $^1/_2$ 20 % Mellins Food bei 700 Kalorien 1,15 Mk.)

4. Das Fehlen von unverändertem Mehl läßt den Nährzucker auch für Kinder im 1. Lebensquartal geeignet erscheinen.

5. Für ältere Säuglinge, zumal bei stinkenden alkalischen Stühlen, ist die Kellersche Malzsuppe der Ernährung mit Nährzucker überlegen. Grätzer.

H. Brüning, Über die Verwertbarkeit des Soxhletschen Nährzuckers in der Säuglingstherapie. (Berliner Klin. Wochenschrift. 1903. No. 39.) B. hat bei 37 Kindern der Leipziger Kinderklinik Versuche mit dem Nährzucker als Zusatz zur Milchnahrung angestellt. Obwohl die Säuglinge in sehr dürftigem Ernährungs- und Entwicklungszustande, zum Teil auch mit schwereren Leiden behaftet waren, waren die Resultate doch so befriedigende, daß B. den Nährzucker sowohl bei magendarmgesunden als auch bei magendarmkranken Kindern als Zusatz zur Milchnahrung warm empfehlen kann. Grätzer.

H. Neumann, Soxhlets Nährzucker. (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 46.) N. verwendet seit mehreren Jahren den Nährzucker. Derselbe wird in jedem Lebensalter sehr gut vertragen. In der Regel setzt man der Verdünnungsflüssigkeit 10 % Nährzucker zu, der Nahrung Neugeborener etwas weniger; N. geht nicht über 60 gr Nährzucker auf den Liter Milchmischung hinaus. Er verwendet den Nährzucker bei gesunden Kindern anstatt gewöhnlichen Zuckers wesentlich dann, wenn Neigung zu häufigeren Entleerungen besteht; tritt unter seiner Verwendung Neigung zu Verstopfung ein, so reguliert er dadurch, daß er einen gewissen Teil des Nährzuckers durch Rohrzucker ersetzt.

Bei Verdauungsstörungen akuter Art verordnet man am besten

für 24 Stunden Hungerkost und sieht vom Nährzucker ab. Sobald aber die häufigen spritzenden Stühle spärlicheren schleimigen Entleerungen Platz machen, setzt N. den Schleimsuppen, die er jetzt zunächst anordnet, unbedenklich Nährzucker zu (einen gehäuften Eßlöffel = 25 g auf $^1/_2$ l Schleim) und behält ihn auch bei, wenn er weiterhin zu Milchmischungen übergeht. Er gibt nicht selten, um einen Rückfall durch Ernährung mit ungeeigneter Milch hintanzuhalten, zunächst Biederts Ramogen, mit starken Verdünnungen beginnend und bis zu einer 10 $^0/_0$igen Lösung fortschreitend; da selbst letzteres nur 3 $^1/_3$ $^0/_0$ Zucker enthält, so verstärkt er auch bei der Verwendung des Ramogens dauernd den Nährwert durch Nährzucker. Auch bei chronischen Ernährungsstörungen bewährt sich Nährzucker, doch kommt hier Soxhlets verbesserte Liebigsuppe mindestens in gleichem Maße in Betracht.

Die reichliche Verwendung des Nährzuckers im Haushalt wird durch den salzigen Geschmack erschwert. Dafür steht jetzt der Nährzuckerkakao zur Verfügung, der sehr bekömmlich und nahrhaft ist und sich bestens eignet zur Mästung von zu Durchfall neigenden Pat. N. hat verschiedentlich auch von diesem Präparat gute Wirkungen gesehen, z. B. bei einem Mädchen mit Darmtuberkulose und Darmnabelfistel.

Grätzer.

Erich Müller, Kasuistischer Beitrag zur Ernährung von Kindern mit Odda. (Aus dem Berliner Friedrichs-Waisenhaus.) (Therap. Monatshefte 1903. No. 7.) 8 Kinder, an mehr oder weniger akuten Magendarmstörungen erkrankt, wurden nur so behandelt, daß ihnen Oddasuppe gereicht wurde. Es gelang dadurch allein, Heilung herbeizuführen. Es zeigte sich, daß Oddasuppe von kranken Kindern gut vertragen, einige Zeit auch gern genommen wird und Gewichtszunahme bewirkt. Die teilweise sehr beträchtlich abgefallenen Kinder erholten sich rasch und konnten nach wenigen Tagen wieder Milchzusatz vertragen. Die zahlreichen Entleerungen wurden seltener, die Schleimbeimischungen verloren sich, und das Aussehen der Stuhlgänge wurde schnell dasjenige gut verdauter Mehlstühle. Für längere Zeit, d. h. über 5—10 Tage, tranken die Kinder meist die Nahrung nicht gern, eine Milchoddasuppenmischung wurde aber stets gern genommen. Auch Kinder von 4—3 Monaten vertrugen die Nahrung gut. M. suchte nun aber auch gesunde Kinder im zweiten Lebenshalbjahre mit solcher Mischung zu ernähren (1—2 Teile Milch und 1 Teil Oddasuppe) und erzielte sehr gute Gewichtszunahmen bei ausgezeichnetem Wohlbefinden. Das Hauptfeld für die Anwendung von Odda dürften auch die Kinder sein, denen man im 7. und 8. Lebensmonat zur Milch einen Zusatz geben will; hier wird dieses Präparat durch seinen Gehalt an Eidotter vor den meisten anderen Präparaten den Vorzug verdienen.

Grätzer.

J. Biel, Über künstliche Säuglingsnahrung. (St. Petersburger mediz. Wochenschrift. 1903. No. 29.) B. hat mit einer von ihm modifizierten Liebigsuppe bemerkenswerte Erfolge erzielt. Seine Verordnung lautet: 60 g bestes Weizenmehl werden mit einer Flasche ganzer Milch (600 Kubikzentimeter) und 1 $^1/_2$ g Natrium bicorbonicum

pulveratum zur Suppe gekocht. Sodann werden 60 g Martensches Malzextrakt mit Diastase in einer Flasche Wasser von 60° C. oder 48° R. aufgelöst und die Lösung zu der ebenfalls auf 60° C. oder 48° R. abgekühlten Milchsuppe hinzugesetzt. Die Mischung muß eine halbe Stunde an einem warmen Orte (nicht wärmer als 60° C.) gut bedeckt stehen, um die Weizenstärke in Maltose überzuführen, wobei die Mischung dünnflüssig wird. Dann wird noch einmal aufgekocht. Grätzer.

Steinitz, Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge. (Jahrb. f. Kinderheilk. 57. 6.) Ernährung mit fettreicher Milch verursacht eine Steigerung der Ammoniakausfuhr. Diese ist bedingt durch eine Entziehung der Alkalien durch den Darm. Die Alkalien, die bei Ernährung mit fettarmer Milch in den Kreislauf übergehen und dort als Produkte des intermediären Stoffwechsels auftretenden Säuren neutralisieren, werden im Darm gebunden und mit den Fäces ausgeführt. Auf diese Weise wird der Organismus, um einen großen Verlust seines Alkalibestandes zu vermeiden, gezwungen, Ammoniak als Neutralisationskörper vorzuschieben. Die Fähigkeit des kindlichen Stoffwechsels, Ammoniak vikariierend für fixes Alkali eintreten zu lassen, ist aber sicher nur beschränkt. Die Ernährung mit fettreicher Milch führt also einen Verlust des Körpers an fixem Alkali herbei. Auf die Ausscheidung der Erdalkalien scheint sie einen Einfluß nicht zu haben. Hecker (München).

A. F. Hornborg (Finnländer), Beitrag zur Kenntnis der Magensaftsekretion des Menschen. (Finska Läkaresällskapets Handlingar. Mai 1903.) An einem 5 Jahre alten Knaben, der an einer von Laugevergiftung herrührenden Speiseröhrenverengerung litt und mit einer Magenfistel behaftet war, stellte der Verf. Versuche an, um zu untersuchen, inwieweit Pawlows Beobachtungen über die psychische Magensaftsekretion bei dem Hunde den Verhältnissen beim Menschen entsprach. Die Versuche zeigten: 1. daß der Anblick der Nahrung bei dem Knaben keine Absonderung des Magensaftes hervorrief; 2. daß das Kauen wohlschmeckender Nahrungsmittel gewöhnlich eine mehr oder weniger lebhafte Sekretion verursachte; 3. daß übelschmeckende Nahrungsmittel die Sekretion sozusagen gar nicht beeinflußten; 4. daß das Kauen indifferenter Stoffe ohne Einwirkung auf die Magensaftsekretion war, und 5. daß das Kauen von chemisch irritierenden Stoffen auch nicht die Magendrüsen zur Arbeit zu bringen vermochte. Punkt 1 entspricht nicht Pawlows Beobachtungen, aber dieser Widerstreit ist möglicherweise nur anscheinend; dagegen rief die den Pawlowschen Versuchen entsprechende Scheinfütterung Sekretion nach einer Latenzperiode von 6—7 Minuten hervor. Diese Sekretion dauerte doch nur ca. 40 Minuten, nicht stundenlang, wie bei den Hunden. Die Versuche zeigen ferner, daß die verschiedenen Nahrungsmittel (Brot, Milch, Fleisch) eine verschiedene Wirkung auf die Drüsensekretion haben, doch glaubt der Verf., daß diese Wirkung vom Wohlgeschmack der Nahrung abhängig ist. Im ganzen glaubt er, daß keine prinzipiellen Verschiedenheiten zwischen seinen Versuchen und denen von Pawlow existieren. In

der Abhandlung findet man genaue Versuchsprotokolle und Kurven. Die Menge des abgesonderten Saftes, die Gesamtazidität und das Verdauungsvermögen des Magensaftes sind in den Tabellen berücksichtigt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

G. Finizio, Stoffwechseluntersuchungen bei einem Kind mit Polysarcie. (La Pediatria. Juni 1903.) Die Untersuchungen wurden an einem 8jährigen Knaben angestellt, dessen Körpergewicht $38^1/_4$ kg betrug, bei dem die Polysarcia adiposa im zweiten Lebensjahre ohne nachweisbare Ursache allmählich begonnen hatte. Die tägliche Nahrungsaufnahme betrug im Mittel 75 g Eiweiß, 37 g Fett und 220 g Kohlehydrate. Die Intestinalresorption war nur für die Kohlehydrate etwas mangelhaft, so daß er von der angeführten Nahrungsmenge 69 g Eiweiß, 32 g Fett und 196 g Kohlenhydrate ausnützte. Er assimilierte also ca. 36 Kalorien pro kg Körpergewicht. Die Stickstoffanalyse ergab eine tägliche Ersparnis von ca. 16 g Eiweiß.

F.

E. Hellesen, Über den Stickstoff-Stoffwechsel bei einem an Adipositas nimia leidenden Kinde mit besonderer Rücksicht auf die Abmagerungskuren. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 57. Heft 4.) Verf. sucht die Frage zu entscheiden, inwiefern im Kindesalter eine Abmagerung mit gleichzeitigem Ansatz von Stickstoff sich durchführen und in welcher Weise sich dies erreichen läßt. Über die Stickstoffbalance bei Unterernährung bei an Adipositas nimia leidenden Kindern sind bisher keine Angaben vorhanden. Dagegen darf es für den Erwachsenen als festgestellt angesehen werden, daß bei zweckmäßiger Abmagerungskur der Stickstoff des Organismus geschützt werden kann.

Der Versuch wurde ausgeführt an einem $12^1/_2$jährigen, 48 kg schweren, ausgesprochen fettsüchtigen Mädchen. Vor dem Versuch durfte das Kind 9 Tage lang seine Kost wählen. Der kalorische Wert dieser selbstgewählten Kost konnte mit genügender Genauigkeit berechnet werden. Der Durchschnittswert dieser Kost mit der Gewichtskurve des Kindes für dieselbe Zeit gab einen guten Anhaltspunkt für die Bestimmung einer ihr genügenden Balancekost ab. Indem nun von dieser Kost isodynamische Mengen von Kohlehydraten und Fett weggenommen wurden, während die Eiweißmenge dieselbe blieb, bekam das Kind zwei verschiedene Kostanordnungen von demselben kalorischen Wert. Die Stoffwechselversuche bei diesen Diäten zeigten, wie die Stickstoffbalance bei leichter Unterernährung mit vorwiegend Eiweiß und Fett bezw. Eiweiß und Kohlehydraten sich verhielt. Endlich wurden Versuche über den Stickstoffumsatz bei stärkerer Unterernährung vorgenommen, indem die oben genannten Beträge von Fett und Kohlehydraten von der ursprünglichen Balancekost weggenommen wurden. Bei dieser Kostanordnung wurden zugleich Versuche mit reichlicherer Eiweißzufuhr angestellt, indem gleichzeitig isodynamische Mengen von Fett weggenommen wurden, so daß der kalorische Wert der Kost nicht geändert wurde. Die einzelnen Bestandteile der Nahrung wurden wiederholt genau bestimmt. Es wurden acht Perioden verschiedener Kostanordnung

durchgeführt. Die erste diente zum Vergleich mit einem ungefähr gleichalterigen Kind von annähernd gleicher Körperoberfläche. In der zweiten wurde eine Eiweiß-Fett-Diät gereicht; da diese Periode Stickstoffverlust hat, ist das Resultat der Eiweiß-Fett-Diät therapeutisch ungünstig. Die dritte Periode mit Eiweiß-Kohlehydrat-Diät gab in Bezug auf die Stickstoff-Balance ein gutes Resultat, indem eine gesamte Stickstoffabsetzung im Organismus von 5,97 g konstatiert wurde. Die Gewichtsabnahme war freilich unbedeutend (100 g). Periode 4 stellt eine Wiederholung des Versuches der Eiweiß-Fett-Diät dar mit annähernd ähnlichem Resultat. Periode 5 und 6 repräsentieren beide stärkere Unterernährung, indem ca. 900 Kalorien von der ursprünglichen Balancekost weggenommen wurden. In Periode 5 ist die Eiweißmenge ungefähr dieselbe wie in Periode 1, wogegen von Fett und Kohlehydraten isokalorische Mengen zum doppelten Betrag der während der Periode 2, 3 und 4 entfernten weggenommen sind. Hier stellt sich die Stickstoffbalance sehr ungünstig, indem 6,89 g Stickstoff verloren wird. Die Gewichtsabnahme macht 800 g aus. In Periode 6 werden Versuche mit größerer Eiweißzufuhr gemacht; damit die Kost in dieser Periode denselben kalorischen Wert, wie in Periode 5 behalten sollte, wurde die der Eiweißsteigerung isodynamische Menge Fett (ungefähr 10 g) weggenommen. Die Stickstoffbalance stellt sich bedeutend besser mit dieser Kost, indem der gesamte Stickstoffverlust nur 2,62 g beträgt. Die Gewichtsabnahme ist dieselbe wie in der vorhergehenden Periode. In Periode 7 ist die Kost wieder vermehrt und der kalorische Wert ist derselbe wie in Periode 2. Die gleiche reichliche Eiweißmenge wie in Periode 6 ist beibehalten, dagegen ist sowohl Fett als Kohlehydrate mit ungefähr isodynamischen Mengen vermehrt worden. Es werden 0,77 g Stickstoff angesetzt; Gewichtsabnahme ist 350 g.

Verf. schließt aus den Versuchen, die, wie er selbst zugibt, streng genommen nur für dies einzeln bestimmte Kind gelten, folgendes: es ist schwer, den im Wachsen begriffenen Organismus bei Unterernährung gegen Stickstoffverlust zu beschützen. Bei stärkerer Unterernährung ist es überhaupt nicht gelungen, den Organismus gegen Stickstoffverlust zu bewahren. Bei leichterer Unterernährung sind die Resultate je nach der Zusammensetzung der Kost verschieden, und zwar gibt eine Eiweiß-Fett-Diät Stickstoffverlust; eine Eiweiß-Kohlehydrat-Diät gibt recht erhebliche Stickstoffabsetzung zugleich mit einer nicht geringen Gewichtsabnahme. Der Verlauf einer Abmagerungskur beim Kinde ist am günstigsten, wenn man hauptsächlich in der Fettzufuhr eine Einschränkung macht, und zwar bis zu einer Kalorienmenge, die nicht geringer als vier Fünftel vom Kalorienwerte der Balancekost sein darf; außerdem wird bei einer Eiweiß-Kohlehydrat-Diät der Hunger der Versuchsperson besser als bei einer Eiweiß-Fett-Diät gestillt, was im Kindesalter von Wichtigkeit ist.

Hecker (München).

Th. S. Gudjohnsen (Däne), Ein Fall von Adiposis dolorosa bei einem Knaben. (Hospitalstidende. 1903. No. 27.) Beschreibung eines typischen Falles von der Dercumschen Krankheit. Da der

Pat. 11 Jahre alt war, behandelte der Verf. ihn zum ersten Male. Der Verf. glaubt, daß die Krankheit eine forme fruste des Myxödems ist. Die Verminderung des Stoffwechsels, die fehlende Schweißabsonderung, der initiale Rheumatismus, die Neigung zu Blutungen, der Haarabfall, die trophischen Leiden in der Haut sprechen dafür. Auch der Infantilismus des Zahnsystems, welcher in diesem Falle vorhanden war, zeigt in dieser Richtung, sowohl als das Fehlen der Lunula der Nägel, ein Symptom, welches der Verf. auch bei Myxödem beobachtet hat. Eigentümlich für den Fall des Verf.s war die Entwicklung schmerzloser Lipome, außer den schmerzenden. Übrigens waren alle die konstanten Symptome der Krankheit vorhanden (Schmerzen, Empfindlichkeit, das Verhalten der Lipome, der eigentümliche Zustand der Hände und Füße, die Periodizität und die Asthenie). Der Pat. starb, 22 Jahre alt, während der Thyreoidinbehandlung und wahrscheinlich an Thyreoidinvergiftung. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Fritz Passini, Über das regelmäßige Vorkommen der verschiedenen Typen der streng anärobischen Buttersäurebakterien im normalen Stuhle. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 57. Heft 1.) Die hervorstechendste Eigenschaft dieser im Titel genannten Bakterien ist, aus Zuckerarten neben anderen Produkten reichlich Buttersäure zu bilden. Durch Schattenfroh und Graßberger wurden drei Typen derselben aufgestellt: 1. der von Gruber reingezüchtete „bewegliche Buttersäurebazillus“ (Amylobacter, Granulobacter), 2. der von Schattenfroh und Graßberger gezüchtete „unbewegliche Buttersäurebazillus“. Diese beiden bilden aus Kohlehydraten neben anderen Produkten Buttersäure und Milchsäure, sind dagegen nicht imstande, Eiweißstoffe und Gelatine in Fäulnis zu versetzen, während die dritte Art Eiweißfäulnis bewirkt, Gelatine intensiv verflüssigt und bei der Vergärung von Zucker neben denselben Produkten, wie sie die erstgenannten Arten erzeugen — Buttersäure und Milchsäure — regelmäßig auch Äthylalkohol bildet.

P. gelang es, alle drei Arten in den Fäces der Säuglinge und Erwachsenen nachzuweisen, und zwar sowohl in Stühlen von Brustkindern wie von künstlich genährten Säuglingen. Auch der zur dritten Art gehörige fäulniserregende Bacillus putrificus (Bienstock) ist in den Fäces vorhanden und daraus isolierbar. Hecker (München).

Gaetano Finizio, Einfluß der Infektion mit B. coli auf das Stickstoffgleichgewicht und die Oxydationsvorgänge im Organismus. (La Pediatria. Juni 1903.) Aus den Versuchen des Verf.s hat sich ergeben, daß eine nicht intensive Infektion mit B. coli eine Stickstoffersparnis zur Folge hat, während eine stärkere Infektion ein Stickstoffdefizit nach sich zieht. Dagegen sind die Oxydationsvorgänge im Organismus stets gesteigert. F.

H. Brüning, Über die Beziehungen zwischen Lebererkrankungen und postmortaler Oxydationskraft des Lebergewebes. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Leipzig.) (Monatsschrift f. Kinderhlkd. Juni 1903.) B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die postmortale Oxydationsfähigkeit des Lebergewebes schwankt in weiten Grenzen (von 3,95—58,5 mg).

2. Ein steiles Ansteigen der Oxydationswerte bei älteren Kindern ist jedenfalls keine konstante Erscheinung.

3. Atrophie ohne makroskopisch und mikroskopisch nachweisbare Veränderungen des Lebergewebes und ohne Veränderungen der Magendarmschleimhaut bedingt an sich keine Verminderung der Leberoxydationskraft.

4. Umgekehrt wird durch erheblichere Affektionen des Magendarmtraktus subakuter und chronischer Art, durch höhere Grade parenchymatöser und fettiger Degeneration, sowie bei ausgesprochener Fettinfiltration und stärkerer Stauung im Lebergewebe dessen Oxydationsfähigkeit herabgesetzt.

5. Die Salizylsäuremengen der untersuchten Säuglingslebern aus dem ersten Lebenshalbjahre überhaupt schwanken zwischen 3,95 und 50 mg (durchschnittlich 19,42 mg); die beiden hierher gehörigen Organe, welche makroskopisch und mikroskopisch keine pathologischen Veränderungen aufzuweisen hatten, bildeten 10,72 und 11,8 mg Salizylsäure; bei den übrigen 19 Fällen betrug die durchschnittliche Salizylsäurequantität 20,3 mg.

6. Das auffällige Überwiegen der Durchschnittsoxydationswerte krank befundener über nicht pathologische Lebern im ersten Lebenshalbjahre erklärt sich aus folgenden Ursachen:

a) handelt es sich bei den Kindern mit normalen Lebern um schwere Affektionen der Magendarmschleimhaut.

b) sind unter den Fällen mit krank befundenen Lebern eine Anzahl mitgerechnet, welche keine erheblicheren Magendarmstörungen aufzuweisen oder aber intra vitam an Ikterus gelitten hatten, einem Symptomenkomplex, der die oxydative Energie des Lebergewebes zu vergrößern scheint.

Nach Abzug der unter b aufgeführten Fälle mit relativ hohen (im Mittel 33,92 mg) Salizylsäurewerten, ergibt sich für die übrig bleibenden pathologischen Lebern aus dem ersten Lebenshalbjahre ein Durchschnittswert von 12,32 mg (entsprechend 10,72 und 11,8 mg unter a).

Grätzer.

Francesco Peruzzi, Die Ausscheidung des Methylenblaus bei Leberkranken. (La Pediatria. Juni 1903.) Die bei vier leberkranken Kindern angestellten Untersuchungen zeigten, daß die Funktionsstörung der Leber keine Verlangsamung der Ausscheidung von injiziertem Methylenblau zur Folge hat, sondern entweder der Einfluß darauf bleibt oder sogar eine Beschleunigung der Elimination nach sich zieht.

F.

G. P. Newbolt, Two operations performed upon the liver through the chest wall. (British medical Journal. 1903. S. 188.) Der erste Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, das bereits seit einigen Monaten an Kurzatmigkeit und Schmerzen der rechten Seite litt. Bei der Untersuchung fand sich eine Auftreibung in der Lebergegend, eine Zyste war aber in der Leber nicht fühlbar. Die Probepunktion ergab Eiter. N. resezierte die neunte Rippe und fand eine große Zyste, die zahlreiche kleinere enthielt, welche teils Eiter, teils eine übelriechende Flüssigkeit enthielten. Exstirpation der Zyste und

Drainage, darauf Heilung. Der zweite Fall betrifft einen Leberabszeß bei einem 37jährigen Pat., der ebenfalls durch Resektion und Eröffnung des Abszesses zur Heilung gebracht wurde.

Schreiber (Göttingen).

Arnott, J. J., Case of liver abscess in a child aged two and a half years. (British medical Journal. 1903. S. 189.) Das Kind wurde mit den Erscheinungen einer Dysenterie und beginnender Lungentuberkulose ins Krankenhaus geliefert, dieselben besserten sich im Verlauf von etwa 8 Tagen; jedoch stellte sich bald wieder Fieber ein (bis zu 40°). Der Bauch wurde aufgetrieben, die Leber nahm an Größe zu, und es bildete sich eine leichte Vorwölbung in der Lebergegend. Das Kind begann zu erbrechen, behielt nur wenig Speise bei sich und kam sehr herunter. Die (4 Wochen nach der Aufnahme) im zehnten Interkostalraum der vorderen Axillarlinie ausgeführte Probepunktion ergab Eiter. Nach Drainage des Abszesses sank das Fieber, das Lebervolumen ging zurück. Der Knabe erlag aber einer 6 Tage nach Eröffnung des Abszesses auftretenden tuberkulösen Meningitis.

Schreiber (Göttingen).

Olinto de Oliveira (Porto Alegre), Dysenterische Leberabszesse bei Säuglingen. (Monatsschrift f. Kinderhlkd. September 1903.) Trotz des überaus häufigen Vorkommens dysenterischer Krankheitsformen am Orte hat Verf. unter etwa 30000 Krankheitsbeobachtungen seit 1890 nur drei Fälle von dysenterischem Leberabszeß bei Kindern gesehen, während Hepatitis suppurativa bei Erwachsenen keineswegs selten gesehen wurde. Das zeigt wieder die große Seltenheit des dysenterischen Leberabszesses im Kindesalter.

Verf. schildert seine drei Fälle genauer. In den zwei Fällen, wo Eiter und Stühle untersucht wurden, wurde die Abwesenheit von Amöben festgestellt. Gegen ihre Anwesenheit hatten schon der akute fieberhafte Verlauf, die Beschaffenheit der Dejektionen, sowie das Alter der Pat. gesprochen, da Amöbeninfektion selten bei Kindern unter 2 Jahren vorkommt. Die Kinder standen im Alter von 17 und 21 Monaten, das dritte Kind war erst 5 Monate alt.

Nachdem der Eiter entleert war, heilte die Dysenterie rapid ab. In den beiden operierten Fällen verschwand sie noch vor völliger Vernarbung der Wunde, im ersten Falle, wo es zum Durchbruch in den Darm kann, dauerter die Krankheit nicht über 2 Wochen. Der günstige Ausgang war zweifellos auf die frühzeitige Entleerung des Eiters zurückzuführen; derselbe wurde immer keimfrei gefunden.

Grätzer.

Sukehiko Ito (aus Fukuota, Japan), Über die Ätiologie von „Ekiri“, einer eigentümlichen, sehr akuten, ruhrartigen, epidemischen Kinderkrankheit in Japan. (Zentralblatt f. Bakt. u. Parasitenkunde. I. Abteilung. Bd. 34. No. 6 u. 7.) Die genannte Krankheit dürfte seit Jahrhunderten in Japan epidemisch herrschen, besonders Ende Sommer und Anfang Herbst. Sie ergreift fast ausschließlich Kinder, besonders im Alter von 4—6 Jahren. Charakteristisch ist der äußerst akute Verlauf: Plötzlich ziemlich hohes Fieber, zahlreiche schleimige oft mit Blut vermischte Stühle, heftige

Konvulsionen, Koma, Tod nach 10—20—24 Stunden, höchstens nach 3—4 Tagen meistens infolge Herzlähmung. Pathologisch anatomisch fand sich nur das Bild einer Enteritis follicularis. Verf. gelang es, aus den Dejektionen Erkrankter ein Coli-ähnliches Bakterium in Reinkultur zu züchten, dessen Eigenschaften ihn als verschieden von den bisher bekannten Arten dieser Gruppe (Typhus, Dysenterie usw.) erweisen und den Verf. deshalb als „Ekiribazillus“ bezeichnet, da er ihn für den Erreger der Krankheit hält. Der Ekiribazillus ist äußerst lebhaft beweglich, nach der Gramschen Methode nicht färbbar, verflüssigt die Gelatine nicht, zeigt starke Gasentwicklung, bringt Milch nicht zur Gerinnung, bildet keine Sporen und zeigt die Indolreaktion später als Bact. coli. Die Vermutung, daß genanntes Bakterium wirklich Erreger der Krankheit ist, wurde Verf. bestätigt durch Versuche über die Wirksamkeit des Serums erkrankter und genesener Personen auf die Reinkultur im hängenden Tropfen. Auch bei stärkerer Verdünnung trat mit großer Sicherheit Agglutination der Bakterien ein. Dagegen wirkte weder Typhus- noch Dysenterieserum auf den Ekiribazillus agglutinierend, noch auch konnten durch Ekiriserum Typhus- oder Dysenteriebakterien zur Agglutination gebracht werden. Die Wirkung des Serums erhält sich noch mehrere Monate nach der Erkrankung, scheint dann aber abzunehmen.

H. Walbaum (Göttingen).

J. Grosz, Abdominaltyphus der Kinder. (Budapesti orvosi ujság. 1903. IX. 24. Gyermekervos.) Bericht über Erfahrungen, die G. im Brodyschen Kinderspitale gesammelt hat. Von 73 Fällen starben fünf (6,84 %). Verf. unterscheidet drei Gruppen der Typhusfälle: I. 14 leichte Fälle mit 1—2wöchentlichem Fiebergang. II. 31 mittelschwere Krankheitsfälle; Fieberdauer 14—21 Tage. III. 28 schwere, komplizierte, mit langdauerndem Fieber verbundene Fälle. Komplikationen seitens der Lunge, Haut, Nervensystem, Fiebergang und Therapie werden eingehend besprochen. Ernö Deutsch (Budapest).

Desider Barsi (Bánfalu), Febris typhoides helminthiaca. (Wiener mediz. Wochenschrift. 1903. No. 31.) B. hat vier Fälle beobachtet, welche zeigen, daß Askariden oder vielmehr deren Toxine ein Krankheitsbild veranlassen können, welches demjenigen bei Infektionskrankheiten ähnlich ist. In leichteren Fällen beschränkt dasselbe sich bloß auf Symptome der Verdauungsorgane neben geringen nervösen Erscheinungen. in schweren tritt das Bild allgemeiner Intoxikation deutlicher zu Tage. Jedenfalls sind Verwechslungen mit Abdominaltyphus und auch Meningitis möglich, wenn auch Roseola und Milztumor zu fehlen pflegen, der Beginn meist mit Schüttelfrost einsetzt, das Fieber mehr intermittierend ist, Nackenstarre, eingezogener Bauch, Pupillendifferenzen nicht vorkommen. Immerhin erinnert vieles an jene beiden Affektionen. Die Krankheitserscheinungen schwinden nach Austreibung der Askariden. Grätzer.

J. Szilágyi und **J. Márer,** Einige interessante durch Eingeweidewürmer hervorgebrachte Krankheitsbilder. (Budapesti orvosi ujság. 1903. 11. VI.) 1. J. T., 6 Jahre altes, gut entwickeltes Kind

wurde während des Spielens plötzlich ohnmächtig. Der Arzt findet den Knaben bewußtlos, mit halboffenen Augen, deren Pupillen nicht reagierten. Kornealreflex fehlt. Starker Trismus, Nackenstarre. Auf Kneifen und Stechen keine Reaktion. Oberflächlicher Atem. Pulszahl 104, Temperatur 38,2. S. glaubte einer Meningitis gegenüber zu stehen und stellte eine schlechte Prognose. Kurz, nachdem der Arzt das Kind verlassen, erbrach es Askariden, die nach Darreichung von Santonin in großer Menge (171) abgingen. Nächsten Tag vollständiges Wohlsein.

2. E. G., Knabe von 8 Jahren, erkrankte plötzlich mit Auftreten heftiger Kopfschmerzen und Krämpfe. Bei der ärztlichen Untersuchung liegt der Junge bewußtlos. Starrer Blick. Kaum reagierende Pupillen, Temperatur 39,8, Puls 128, Trousseausche Flecken, Nackensteife, eingezogener Bauch, manus ad genitalia. Nach Santonin verschwanden alle alarmierenden Symptome.

3. Bei einem $3\frac{1}{2}$jährigen Knaben zeigten sich die typischen Zeichen einer Meningitis tuberculosa mit den Symptomen einer kruppösen Lungenentzündung. Da die Eltern wiederholten Abgang von Askariden beobachteten, verordnete M. Santonin, und mit schlagendem Erfolg. Ernö Deutsch (Budapest).

Cesare Cattaneo, Vorläufige Mitteilung über die Toxizität der Askariden. (La Pediatria. Mai 1903.) Verf. hat spontan entleerte Askariden 27—30 Stunden lang bei Temperatur von 30° in einer von ihm zusammengesetzen Flüssigkeit aufbewahrt, in der die Parasiten lange zu leben imstande waren und die gleichzeitig dem Darminhalt in ihrer Zusammensetzung am nächsten kommen sollte. Sie bestand aus 100 g 0,75 % Kochsalzlösung mit 4 g Glykose, 0,5 g Pepton Witte und 0,4 g Natr. bicarbon. Nachdem in dieser sterilisierten Flüssigkeit die Askariden eine Zeitlang geblieben waren, wurde sie trübe, und die mikroskopische Untersuchung ergab, daß diese Trübung von zahlreichen Mikroorganismen, Spermatozoen und Tieren der Askariden herrührte. Die kulturelle Untersuchung ergab das Vorhandensein der B. coli, des Streptokokkus; die vorher alkalische Flüssigkeit war sauer geworden, es fanden sich geringe Mengen Milchsäure, die Glykose war auf 0,25 %, das Pepton auf 0,125 % reduziert, Die Flüssigkeit wurde nun durch ein Chamberland-Filter filtriert und Meerschweinchen injiziert. Alle Versuchstiere zeigten Krankheitserscheinungen, besonders Parese der hinteren Extremitäten, die Hälfte von ihnen ging zugrunde; dagegen übte die Injektion von filtrierten Kulturen der aus der Flüssigkeit gezüchteten Mikroorganismen keine Wirkung aus. Verf. kommt zu dem Schluß, daß es sich nur bei jener Wirkung um ein toxisches an das Leben der Helminthen gebundenes Produkt handelte. F.

W. O. Bullock, A case of intestinal obstruction due to Impaction with Lumbricoids; Operation; Death. (American Medicine, den 31. Jan. 1903.) Ein 6jähriger Knabe kam ins Hospital mit der Diagnose: Darmverschluß durch Spulwürmer. Da alle sonstigen Maßregel ohne Erfolg blieben, wurde zur Operation geschritten, und diese bestätigte die Diagnose. Im Endstück des Ileum

fand sich eine dicke Masse, aus Lumbricis gebildet, welche den Darm völlig verstopfte. Etwa 8 Zoll des Dünndarmes waren zur Größe des Colon ausgedehnt. Die Würmer lagen meist parallel nebeneinander und waren nicht wesentlich verflochten. Es wurden deren 92 entfernt, und noch zwei gingen nachträglich ab.

Das Kind starb 12 Stunden nach der Operation.

Leo Jakobi (New York).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Budapester Kgl. Ärzteverein.

Sitzung vom 24. Oktober 1903.

Henrik Alapy: **Die operative Appendicitisbehandlung bei Kindern.**

A. beantragt den operativen Eingriff in den ersten Stunden des Anfalles, dessen Diagnose er auf spontanen Bauchschmerzen, Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend und Rigidität der rechtsseitigen Bauchmuskulatur basiert, vorzunehmen. Er verwirft den Standpunkt, nur dann blutig einzugreifen, wenn eine Abszedierung zu konstatieren ist; Ausnahme bildet der ganz leichte Anfall. Bei Anwesenheit eines Abszesses entfernt man nach A. den Blinddarm nur dann, wenn er leicht zu erreichen ist, im Falle sich Ileussymptome zeigen, oder wenn keine einheitliche Eiterhöhle angetroffen wird. 2—5 Wochen nach der Onkotomie entfernt Vortragender den Appendix. A. behandelte 85 Kinder mit dieser Erkrankung operativ.

Herczel findet theoretisch den Standpunkt Alapys für richtig, doch schwer in der Praxis durchzuführen, da die Diagnose in den ersten 24 Stunden nicht gar leicht zu stellen ist und man am Anfang des Anfalles nicht wissen kann, ob dieser leicht, schwer oder mittelschwer sein wird.

Winternitz glaubt, daß die Gefährlichkeit der kindlichen Appendizitis in den anatomischen Verhältnissen liegt. Die Sicherheit der Diagnosestellung am ersten Tage hält er in vielen Fällen für gering, warnt daher, voreilig zu handeln.

Lévai glaubt, daß man keine steifen Regeln bei der Indikationsstellung aufstellen soll, entsprechende Individualisierung ist das richtigste.

Dollinger will jeden Fall operieren, aber nicht im, sondern nach dem Anfalle; Ausnahme bildet natürlich die Abszedierung.

J. v. Bókay: **Erfahrungen über das Mosersche Skarlatinaserum.**

Bókay schildert die Entstehungsgeschichte dieses Serums; vergleicht es mit dem Marmoreks. Bespricht eingehend die Moser, Escherich und Pospischillschen Erfolge; macht über 12 eigene Fälle Bericht und hält, die kleine Zahl der Kranken vor Augen haltend, dies Serum für ein antitoxisches therapeutisches Agens. Er hofft, daß in Bälde die Fabrik zu Höchst dies Serum im großen darstellen und dann dies Mittel Gemeingut der Ärzte wird.

Hugo Preisz meint, die Anwendung großer Mengen normalen Serums zu erproben, und hält es für unleugbar, daß auch bei Mangel der Spezifizität der kurative Erfolg nicht ausbleibt.

Làsclò Detre erkennt den mit dem Moser-Serum erreichten Erfolg an; möchte aber durch Präventivimpfungen die Spezifizität bewiesen sehen.

Ernö Deutsch (Budapest).

Verein der städtischen Spitalärzte in Budapest.

Sitzung vom 18. Februar 1903.

Jakob Csillag demonstriert an einem $1\,^3/_4$ Jahr alten Mädchen das seltene Bild des **Ekthyma gangraenosum.** Kleine mit dunkelrotem Hofe umgebene

Knötchen zeigen sich meistens am Unterleibe, selten an anderen Stellen des Körpers. Das Knötchen übergeht in Vesikel- und Pustelbildung, trocknet ein, die Borke fällt ab und es zeigt sich ein scharfrandiges, stark eiterndes Geschwür, welches wenig Heilungstendenz zeigt. Das anatomische Substrat dieser Hautveränderung ist eine, bis in das Korium reichende Nekrose, die von Hitschmann und Kreibich beschrieben worden ist. Die Bakteriologie dieser Krankheit wurde von Baudouin, Wickham, Ehlers, Ottinger, Hitschmann, Kreibich gewürdigt, Csillag fand im Eiter Staphylococcus aureus. Der Verlauf ist ein schleppender, die Kranken erliegen gewöhnlich der Sepsis.

Ernö Deutsch (Budapest.)

Gesellschaft der Spitalärzte in Budapest.

IX. Sitzung vom 20. Mai 1903.

Dr. Géza Krepuska. **Ein nekrotisches Mandibula-Köpfchen in der Trommelhöhle.**

Das Kind ist vier Jahre alt, rachitisch, leidet seit drei Jahren an Otitis media purulenta l. sin. und multipler Periostitis. Im Meatus audit. sin. Granulationen. Bei der Operation wurde das Köpfchen der Mandibula aus dem vorderen Winkel der Trommelhöhle entfernt. Heilung ideal; Gehör gut, Beweglichkeit des Unterkiefers unbehindert. Die Krankheit ist wahrscheinlich luetischen Ursprungs.

VII. Sitzung vom 22. April 1903.

Dr. Károly Minnich. **Ein Fall von Durchbohrung eines Meckelschen Divertikels.**

Es traten bei einem vier Jahre alten Kinde nach Verlauf einer Tonsillitis follicularis 1—2 mal Darmblutungen auf. Die Symptome der schweren Anämie bildeten sich im Hospital zurück, trotzdem kollabiert das Kind am sechsten Tage des Spitalaufenthaltes und geht zugrunde. Bei der Sektion fand sich eine allgemeine Peritonitis purulenta, ein 5 cm langer Meckelscher Divertikel, mit einer Durchbruchsstelle an der Basis. Die Ränder der Perforation waren gefranst, Schleimhaut normal: Verdickung der Serosa an der Spitze des Divertikels. Die Mukosa war an der distalen Hälfte verdickt, an der proximalen normal, so daß eine klappenbildende Duplikatur vor der oben erwähnten Öffnung zu konstatieren war. Minnich glaubt eine chronische Entzündung des Divertikels vor sich zu haben, die durch Druck eines Fremdkörpers zu einer Perforation führte, welche wieder Ursache der Darmblutung war.

Ernö Deutsch (Budapest).

Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

Sitzung vom 28. Mai 1903.

Dr. Hugo Zwillinger. **Adenoide Vegetationen und Stottern.**

Die Schlußfolgerungen des Vortragenden sind die folgenden:

1. In dem Sinne von Ursache und Folgezustand erkennt Zwillinger keinen Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und dem Stottern an.
2. Als prädisponierendes Moment für Stottern läßt Verf. diese Vegetationen gelten.
3. Die Heilung der Balbuties durch Adenotomie ist überaus selten; doch soll man die Ausführung dieses Eingriffes im Interesse der medizinisch-pädagogischen Behandlung nie unterlassen. Ernö Deutsch (Budapest).

Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher in Kolozsar.

Sitzung im November 1903.

Dr. Emil Weyner. **Über die Heilung der Muttermale.** Nicht bloß aus ästhetischen Rücksichten, sondern um dem Zustandekommen bösartiger Neoplasmen vorzuarbeiten, wendet Verf. schon bei Säuglingen die Redardsche positive Elektropunktur an. Die Erfolge sind sehr gut. Ernö Deutsch (Budapest).

Naturforscherversammlung in Kassel.

(Münchener med. Wochenschrift.)

III. Sitzung vom 22. September 1903.

Vorsitzender: Herr v. Ranke (München).

1. Herr Magnus Hirchfeld (Charlottenburg). **Über das urnische Kind.**

Man versteht darunter mädchenhaft veranlagte Knaben und knabenhafte Mädchen. Es war dem Referenten bei der Beobachtung und Untersuchung von 1800 Homosexuellen aufgefallen, daß fast alle angaben, sie wären bereits als Kinder anders geartet gewesen, wie die gewöhnlichen Knaben und Mädchen. Es stimmt das mit der heute fast allgemein angenommenen Anschauung überein, daß es sich bei der homosexuellen (gleichgeschlechtlichen) Neigung um eine angeborene Erscheinung handelt. Das Schamgefühl äußert sich frühzeitig und unbewußt mehr dem eigenen Geschlecht gegenüber. — Was die körperlichen Zeichen betrifft, so tritt u. a. bei urnischen Knaben der Stimmwechsel häufig sehr spät und schwach, manchmal gar nicht ein; urnische Mädchen bekommen oft in der Pubertätszeit eine tiefere Stimmlage. Der Bartwuchs stellt sich bei urnischen Jünglingen oft sehr spät, oft recht spärlich und ungleich ein, dagegen findet sich nicht selten zur Reifezeit ein mit Schmerzhaftigkeit verknüpftes Anschwellen der Brüste. Bemerkenswert ist es auch, daß bei urnischen Knaben verhältnismäßig häufig Migräne und Chlorose (Bleichsucht) auftreten, zwei Krankheiten, von denen sonst meist nur das weibliche Geschlecht heimgesucht wird. Hirschfeld wendet sich gegen den Vorschlag des Petersburger Naturforschers Tarnowsky, Knaben, welche zu weiblichen Beschäftigungen neigen, recht zu verspotten, um so der Entstehung homosexueller Triebe vorzubeugen. Er hält diese Maßnahmen gegenüber einer so tief in der Persönlichkeit wurzelnden Anlage nicht nur für wirkungslos, sondern geradezu für schädlich und verhängnisvoll, weil sie das ohnehin schüchterne, empfindsame urnische Kind noch zaghafter machen. Eine wohlbedachte Erziehung soll das psychische Erfassen der Kinderseele zur Grundlage haben.

2. Herr Uffenheimer (München): **Zusammenhänge zwischen Diphtherie und Scharlach.**

Die widersprechenden Anschauungen darüber, welche Rachenbeläge bei Scharlacherkrankungen man bei positivem Befund von Löfflerbazillen als echte Diphtherie bezeichnen darf, andrerseits, ob man eine echte Diphtherie bei Scharlach auch ohne Hilfe der bakteriologischen Untersuchungsmethoden diagnostizieren kann, führten zu den vorliegenden Untersuchungen. Dieselben wurden an dem Material der k. Universitäts-Kinderklinik in München (von 1896—1903) unternommen und sind deshalb von um so größerem Interesse, weil die seinerzeit von Ranke veröffentlichten außerordentlich hohen Zahlen der Db-Befunde bei den Rachenbelägen der Scharlachkranken demselben Material entstammten. Die zahlenmäßigen Belege sind dem gut beobachteten Material der Jahre 1898—1903 entnommen — im ganzen 182 Scharlachfälle. Es fanden sich 127 Fälle mit Belägen. Unter diesen ist in 55 Fällen oder 30,27 % aller Scharlachbeobachtungen positiver Befund von Löfflerbazillen notiert. Davon waren 20 Fälle primäre Diphtherie bezw. Kehlkopfkrupp (10,99 % sämtlicher Scharlacherkrankungen — 36,36 % der Fälle mit positivem Db-Befund); 29 Fälle von Scharlach mit frühzeitiger (gleichzeitiger) Diphtherieerkrankung (15,93 % sämtlicher Scharlacherkrankungen — 52,72 % der Fälle mit positivem Db-Befund) und sechs Fälle von Scharlach mit Späterkrankung an Diphtherie (3,29 % sämtlicher Scharlacherkrankungen — 10,91 % der Fälle mit positivem Db-Befund). Es zeigten sich die an primärer Diphtherie bezw. Krupp erkrankten Kinder besonders gefährdet im Gegensatz zu den zuerst mit Scharlach infizierten.

Die Hospitalinfektion spielte eine große Rolle bei dem sekundären Scharlach, wohingegen sie bei der Mehrzahl der erst an Scharlach erkrankten, bereits in den ersten Tagen des Scharlachs sekundär mit Diphtherie infizierten Kinder sich ausschließen ließ. Bei der Spätdiphtherie der Scharlachkranken war nur in der Hälfte der Fälle die Hospitalinfektion Ursache. Der Eintritt der Neuinfektion war stets durch entsprechendes Hochgehen der Temperaturkurve zu erkennen.

Als echte Diphtherie mußten nach den vorliegenden detaillierten Beobachtungen auch die leichten follikulären etc. Beläge bezeichnet werden, sobald bei ihnen Löfflerbazillen in größerer Menge nachgewiesen werden konnten. Umgekehrt fanden sich klinisch als Diphtherie bezw. Krupp imponierende Fälle, bei denen nie Löfflerbazillen nachgewiesen werden konnten.

Eine Gegenüberstellung der Rankeschen Zahlen und derjenigen des Vortragenden ergab zur Evidenz, daß in dem neuuntersuchten Zeitabschnitt zwar die Anzahl der Beläge prozentual wieder zugenommen hat, daß aber der Befund von Db in denselben um ein ganz bedeutendes abgenommen hat.

Da innerhalb der Klinik sich die Verhältnisse in nichts geändert hatten, mußten epidemiologische Bedingungen an diesen Unterschieden schuld sein. Ein Vergleich der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern in der Stadt München und in der Klinik (von 1887 ab — 12 Kurventafeln) ergab denn auch von 1889 ab ein stetiges gleichmäßiges Herabgehen der Diphtheriemorbidität, wogegen die Scharlachmorbidität, ziemlich wechselnd, 1894 steil anzusteigen beginnt und ihre höchste Erhebung 1896 erreicht. Es zeigt sich also gerade in den Jahren, aus welchen die Rankeschen Zahlen stammen, der enorme Hochstand der Scharlacherkrankungen, bei dem es nicht Wunder nehmen kann, wenn eine größere Anzahl von Ansteckungen mit dieser Krankheit bei bereits von Diphtherie betroffenen, also für Neuinfektion um so geeigneteren Individuen zustande kamen und umgekehrt. Die Zusammenstellung der in der Klinik beobachteten Scharlachfälle mit gleichzeitiger Diphtherieerkrankung für die einzelnen Jahrgänge zeigt deutlich eine Abhängigkeit von den genannten epidemiologischen Verhältnissen.

Aus den weiteren, den Kurventafeln entnommenen Schlüssen sei hier nur angeführt, daß die bei der Diphtherie beobachteten Todesfälle sich nur verhältnismäßig verringert haben, d. h. daß die Schwere der Diphtherieepidemien nicht wesentlich abgenommen hat, während bei Scharlach die Epidemien ungleich leichter auftreten als früher.

Den Schluß des Vortrages bilden die Indikationen für Einspritzung des Diphtherieheilserums bei Scharlach.

3. Herr Feer (Basel): **Ein Fall von Situs viscerum inversus mit Mangel der großen Gallenwege.**

Ein Knabe, bei dem schon klinisch ein Situs inversus von Herz, Leber und Milz nachweisbar war, litt von Geburt an bis zu seinem Tode im 11. Monat an schwerem Ikterus und acholischen Stühlen. Öftere Fieberanfälle und Konvulsionen. Sechs Wochen vor dem Tode entwickelte sich ein starker Aszites. Der Situs viscerum inversus erwies sich als vollständig. Die Leber war im Zustande biliärer Cirrhose. Die großen Gallenwege fehlten vollständig, an Stelle der Gallenblase fand sich nur eine kleine Bindegewebsauflagerung. Lues war nicht vorhanden.

4. Herr C. v. Pirquet: **Zur Theorie der Vakzination.** (Nach einer gemeinsamen Arbeit mit B. Schick aus der Klinik Escherich in Wien.)

Das Gesetz der verkürzten Reaktionsfähigkeit besagt, daß der Organismus nach wiederholter Einführung eines Antigens (antikörpererregender Substanz) rascher Antikörper bildet als das erste Mal. Dieses Gesetz wurde zuerst durch v. Dungern bei den Präzipitinen beobachtet, seine allgemeine Bedeutung wurde von uns in einer Mitteilung „Zur Theorie der Inkubationszeit" nachgewiesen. Unter Berücksichtigung dieses Gesetzes läßt sich die Schutzwirkung der Vakzination in befriedigender Weise erklären. Beclire, Chambon und Minard haben gezeigt, daß im Blute der Vakzinierten ein spezifischer, in vivo und in vitro wirksamer Antikörper gegen Vakzinelymphe auftritt, und zwar zur selben Zeit, wo die Virulenz der Hautpusteln erlischt.

Der einmal Vakzinierte muß nun, dem obigen Gesetze entsprechend, nach erneuter Infektion rascher Antikörper bilden, als ein noch ungeimpfter und wird mithin rascher den Krankheitsprozeß beendigen.

Tatsächlich unterscheiden sich die Revakzination von einer ersten Vakzination und das Varioloid von der Variola vera durch einen stets abgekürzten Verlauf.

Nun zeigt sich das Gesetz der verkürzten Reaktionsfähigkeit aber nicht bloß in der Beendigung, sondern auch in der Frist des Eintritts der Krankheit: die Inkubationszeit der lokalen wie der allgemeinen Symptome ist bei Revak-

zinierten stets kürzer als bei erster Vakzination, wie wir durch eine Versuchsreihe bewiesen. Daraus schließen wir, daß auch der Eintritt der Erscheinungen eine Funktion der Antikörperbildung sei.

IV. Therapeutische Notizen.

Über die Wirkung des Thiokols äußert sich Dr. A. Ott (I. Mediz. Klinik Berlin). Nach den Erfahrungen, die er mit dem Mittel während mehrerer Jahre gemacht hat, kann er sich dem günstigen Urteil der anderen Autoren durchaus anschließen. Die eklatanteste Wirkung aber ist die überaus aber günstige Beeinflussung des Appetits, die, abgesehen von ganz hoffnungslosen Fällen, kaum jemals vermißt wird. Damit Hand in Hand geht die Erhöhung des Körpergewichts. Auch die Nachtschweiße lassen nach, Husten und Auswurf bessern sich, der Lungenbefund wird günstig beeinflußt. Diese Wirkungen sind offenbar Folge einer lokalen Wirkung auf die Magen- und Darmsekretion; daraus ergibt sich eine Besserung der Resorptionsverhältnisse, daraus resultiert wieder allgemeine Kräftigung des Organismus, mit der natürlich dann die Besserung des Lungenbefundes und der übrigen Krankheitserscheinungen Hand in Hand geht. Jedenfalls ist Thiokol ein Mittel, dem alle unangenehmen und schädlichen Eigenschaften des Guajakols bezw. Kreosots fehlen, während es deren günstige Wirkung eher in erhöhtem Maße besitzt. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1903 No. 21.)

Einen Apparat zum Formen von Stuhlzäpfchen hat Dr. H. Steinheil (Kochendorf) konstruiert. Derselbe hat die Erfahrung gemacht, daß eines der wirksamsten Mittel, um namentlich bei obstipierten Kindern Stuhl zu erzielen, das Seifenzäpfchen ist (speziell aus Glycerinseife), das sich aber nicht recht leicht herstellen läßt ohne besonderen Apparat. Der von S. konstruierte zeichnet sich durch Zweckmäßigkeit und Billigkeit (Preis Mk. 1.—, Sicherersche Apotheke in Heilbronn a. N.) aus, er arbeitet leicht und sicher.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1900. No. 45.)

Gallogen (= Ellagsäure), den nächsten Verwandten des Tannins und der Gallussäure, ein gelbliches, geruchloses, nur in alkalischen Flüssigkeiten sich lösendes, daher erst im alkalischen Darmsaft sich allmählich abspaltendes Pulver, hat Dr. Franz Haas (Prag) bei verschiedenen Darmprozessen als prompt wirkendes Mittel schätzen gelernt. Bei Darmtuberkulose, namentlich bei jüngeren Prozessen, wirkte es als gutes symptomatisches Mittel, indem es die Durchfälle beschränkte; auch bei tuberkulösen Darmgeschwüren im Kindesalter bewährte es sich. Gleich günstige Wirkung entfaltete es bei Dysenterie und bei Darmsyphilis. Endlich erwies es sich als energisches Antidiarrhoicum bei Kindern, die an Cholera infantum, wie auch an chron. Darmkatarrhen litten. Bei Erwachsenen war die einmalige Dosis 0,3, pro die wurden 2—25 g gegeben, bei Kindern entsprechend weniger. (Die Heilkunde 1903 No. 11).

Lysogin-Chinin (Chinin. lysoginat.), ein äußerst feines, geruchloses Antiseptikum hat Oberarzt Dr. J. v. Török (Kolozscár) mit ausgezeichnetem Erfolge (als Streupulver und 20—30 %ige Gaze) bei frischen und älteren Wunden, Phlegmonen, parenchymatösen Blutungen angewandt. Das Präparat wirkte in vortrefflicher Weise austrocknend und granulationsfördernd, bei Blutungen prompt styptisch.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 44).

Zur Behandlung der Obstipation im Säuglingsalter empfiehlt Dr. Clamann, einen in seinem unteren Drittel reichlich eingeölten, kaum mittelstarken Nelaton-Katheter ins Rektum 15 cm und weiter einzuführen und ihn darin etwas hin- und herzubewegen, so daß der Darm durch diese leichte mechanische Reizung zu austreibender Tätigkeit veranlaßt wird. Der Säuglingsdarm reagiert sehr leicht darauf, und meist folgt der Stuhl unmittelbar dem wieder entfernten Katheter nach; manchmal ist es erforderlich, die Manipulation in Pausen einige Male zu wiederholen. Die Stimulation des Darmes ist freilich nur da angezeigt, wo man dem Organ ein Plus motorischer Leistung zumuten darf, nicht aber da, wo demselben durch ungeeignete Diät (z. B. zu frühe und reichliche Darreichung von Amylaceen) bereits ein Übermaß von Arbeit aufgebürdet ist.

(Ibidem.)

Weitere Erfahrungen mit Anthrasol, dem farblosen, gereinigten Teer, gibt Dr. A. Sack (Heidelberg) kund. Das Präparat wird jetzt in solch tadelloser Reinheit und Beständigkeit hergestellt (Knoll & Ko., Ludwigshafen), daß seine völlige Reizlosigkeit gewährleistet ist. S. hat jetzt über 100 Fälle von Hautleiden damit

behandelt. Nur in sehr vereinzelten mußte er, da Anthrasol ohne Zusätze etwas reizte, es mit Zinkoxyd-, Ichthyol-, Bleisalben oder Pasten zusammen applizieren, nur zweimal war, offenbar infolge einer Idiosynkrasie, die Reizung so stark, daß man das Präparat ganz bei Seite lassen mußte. Sonst aber erwies sich Anthrasol als sehr mildes Mittel. Man darf es freilich nicht bei nässenden, stark irritierten Ekzemen benutzen, man muß es, wenn man es bei schwach nässenden, nicht akut entzündlichen Ekzemen anwendet, erst nur ganz schwach prozentuiert und mit guten Zinkdeckpasten gemischt verordnen, man muß sich je nach der Art des Hautleidens, nach dem Stadium desselben, nach der Toleranz des Pat. mit der Konzentrierung und der Kompositionsformel richten, dann aber wird man kaum Enttäuschungen erleben. Man kann es in Form von Lösung, Salbe, Öl, Paste oder Seife verordnen. Da, wo es hauptsächlich auf die juckstillende Wirkung ankommt, ist flüssige Verordnungsweise indiziert. Bei pruriginösen Zuständen läßt Anthrasol fast nie im Stich. Bei größeren Flächen, z. B. Pruritus universalis, kommen nur schwächere Lösungen (10 %) in Alkohol oder Azeton in Betracht, während bei kleineren Gebieten (Pruritus ani, Lichen ruber, zirkumskripten, stark juckenden Ekzemen) die Konzentration auf 20—30 % erhöht werden kann. Im allgemeinen wird man mit schwächeren Lösungen beginnen und dieselben allmählich erhöhen. Für flüssige Verordnung eignen sich auch Affektionen der behaarten Kopfhaut, trockene Ekzeme, Seborrhoea sicca, Pityriasis capitis etc., wo meist 1—5 %ige Lösungen vollständig ausreichen. Auch bei leichteren Formen der Psoriasis, des psoriasiformen, seborrhoischen Ekzems bewährt sich die flüssige Form, während sich bei schwereren Formen mehr Salben empfehlen, gemischt mit anderen reduzierenden oder keratolytischen Mitteln (Schwefel, Resorzin, Salizyl). In Salbenform kann Anthrasol entweder als Anthrasolvaseline bezw. Lanolin oder als Anthrasol-Zinkpaste verwendet werden, wenn es mehr auf die keratoplastisch-heilende Wirkung des Mittels, wie z. B. beim Ekzem, ankommt, mit der Einschränkung, daß bei stark nässendem Reizekzem diese Anwendung untunlich ist, bei nur schwach nässendem dagegen wohl die Paste, aber nicht die Salbe verordnet werden sollte. Als Pastengrundlage kann jede konsistente Zinkpaste gewählt werden. Anstatt der gewöhnlichen Vaselinsalbe wähle man lieber folgende billige, geschmeidige, eminent juckstillende Komposition:

Rp. Anthrasol
Lanolin. āā 5,0
Ung. glycerin. ad 50,0.

(Allgem. mediz. Zentral-Ztg. 1903. No. 44.)

Jodferratose hat Dr. L. Bardach (Kreuznach) bei skrofulösen und luetischen Kindern neben der Soolbäderkur mit bestem Erfolge angewandt. Die Kinder vertrugen und nahmen das Mittel, das als sehr zweckmäßiger Ersatz des Syr. ferrijodat. anzusehen ist, stets gut, das Gewicht und Aussehen der Pat. besserte sich zusehends und auch die lokalen Krankheitserscheinungen wurden durchwegs günstig beeinflußt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 47.)

Den Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea", insbesondere bei Keuchhusten beleuchtet Dr. Sembritzki (Königsberg i. Pr.). Diese kleine Formalinlampe (hergestellt von der Chem. Fabrik auf Aktien, vorm. E. Schering, Berlin N., Preis: Mk. 3.—) ist für den Arzt und jedes Privathaus ungemein nützlich. Ersterem dient sie z. B. in ausgezeichneter Weise zur Desinfektion des Warte- und Sprechzimmers, wenn Masern-, Scharlach-, Diphtheriekranke darin verweilt haben; ein paar vergaste Formalinpastillen (100 Stück Mk. 2.—) beseitigen die Gefahr, indem sie die Krankheitskeime sofort in ihrer Entwicklung hemmen, außerdem entfernen sie, da sie stark desodorisierend wirken, jeden üblen Geruch aus solchen Zimmern und reinigen die Luft. Die Lampe ist daher auch für Kranken-, Schlaf- und Kinderzimmer unentbehrlich. Sie kann nicht explodieren, ist ganz ungefährlich, kann bei kleingestellter Flamme ruhig sich selbst überlassen, ja einfach in den Kleiderschrank gestellt werden, wenn man die Kleider desinfizieren will. Bei kleingestellter Flamme und Benutzung nur weniger Pastillen entwickeln sich die Dämpfe auch so allmählich, daß sie die Schleimhäute fast gar nicht belästigen; ja man kann im Schlafzimmer, wenn man während der Nacht eine Pastille vergasen läßt, ungestört schlafen. Bei Erkrankung der Atmungsorgane (Schnupfen, Influenza, Bronchitis, Phthise), wo die Pat. möglichst reine Luft einatmen sollen, erweist sich sogar die Lampe als sehr nützlich. Glänzend bewährte sie sich bei

Keuchhusten, wenn man sie bei kleingestellter Flamme dauernd mit 2—3 Pastillen (Nachts mit einer) gefüllt im Zimmer, wo sich der Pat. aufhält, stehen läßt, event. wenn sich später die Dämpfe doch bemerkbar machen, im Nebenzimmer.

(Therap. Monatshefte. 1903. No. 11.)

V. Neue Bücher.

A. B. Marfan. **Handbuch der Säuglingsernährung und der Ernährung im frühen Kindesalter.** Nach der 2. Auflage übersetzt von R. Fischl. Leipzig und Wien. Verlag von Fr. Deuticke. Preis Mk. 12.—

Die Ernährung des Kindes ist eines der wichtigsten Kapitel der Pädiatrie und ist demgemäß schon von vielen berufenen Autoren auch Deutschlands zum Gegenstande von monographischen Darstellungen gemacht worden. Ich erinnere nur an das vortreffliche Handbuch von Czerny und Keller. Trotzdem glaube ich, daß Fischl unser Dank dafür gebührt, daß er uns durch eine äußerst gelungene Übersetzung die Arbeit Marfans zugänglich gemacht hat, der eine sehr reiche Erfahrung besitzt und eine Fülle neuer Gesichtspunkte aufstellt, dabei eine bewunderungswerte Klarheit und Anschaulichkeit in seiner Darstellungsweise offenbart, so daß die Lektüre des Buches hohen Genuß bereitet. Nachdem der Autor in einem 1. Teile in recht ausführlicher Weise das Theroetische, soweit es die Milch an sich, die Verdauung und den Stoffwechsel beim jungen Kinde betrifft, besprochen, handelt er im 2. Teile die Regeln der Ernährung selbst ab, dabei stets die praktischen Verhältnisse berücksichtigend und sich auf die neuesten Forschungen der Wissenschaft stützend. Auch Fischl selbst hat viel dazu beigetragen, die Lektüre des Werkes genußreich zu gestalten, nicht allein dadurch, daß er bemüht war, soweit wie möglich, in seiner Übersetzung den Reiz des Originals wiederzugeben, sondern auch durch Hinzufügung eigener Ansichten und Erfahrungen. Wir können daher dem Buche ein sehr günstiges Prognostikon stellen und seine weiteste Verbreitung auch in Deutschland wohl erwarten.

Grätzer.

W. Stoeltzner. **Pathologie und Therapie der Rachitis.** Berlin, Verlag von S. Karger. Preis Mk. 4.—

Stoeltzner, der sich schon seit längerer Zeit speziell mit der Rachitis beschäftigt, hat jetzt das Resultat seiner Untersuchungen und Studien zusammengefaßt in einem Buche, das verdient, nicht nur gelobt, sondern auch gelesen zu werden. In 12 Kapiteln bespricht der Verf. die Verbreitung der Krankheit nach Ländern und Rassen, die Symptomatologie, pathologische Anatomie und Chemie, Ätiologie und Pathogenese, Diagnose, Prognose, Prophylaxe und Therapie, die Rachitis der Tiere, das Verhältnis der Rachitis zur Osteomalacie, die sogenannte fötale Rachitis u. s. w. Man sieht, daß alle überhaupt in Betracht kommenden Momente Berücksichtigung gefunden haben. Auch innerhalb der einzelnen Abschnitte hat S. alles Wissenswerte unter Zuhilfenahme einer sehr reichhaltigen Literatur behandelt; doch da er es versteht, kurz und klar zu schreiben, ist es ihm gelungen, auf 155 Seiten den gesamten Stoff zu erledigen. 20 Seiten nimmt die Aufzählung der Literatur ein. 3 Tafeln, welche uns Verhältnisse an den Knochen zur Anschauung bringen, bilden den Schluß des Buches, das zweifellos viele Freunde sich erwerben wird. Grätzer.

Jaroslav Elgart. **Über akute Exantheme.** Leipzig. Verlag von Veit & Co. Preis Mk. 5.—

Verf. geht davon aus, daß die jetzige Prophylaxe der Infektionskrankheiten, welche meist sich auf die Isolation beschränkt, eine höchst mangelhafte und irrationelle ist. Rationell ist die Prophylaxe nur bei demjenigen Vorgehen, welches uns lehrt, wo der Infektionsstoff zu suchen ist, welches uns darüber unterrichtet, auf welchem Wege derselbe in den Körper eindringen kann, und welche Umstände eine Disposition bezw. Immunität verschaffen. Von diesem Standpunkte aus beleuchtet Verf. die einzelnen akuten Exantheme und sucht der Prophylaxe eine rationelle Richtung zu geben, indem er dabei ganz besonders den Schutz der nächsten Umgebung der Pat., des Wartepersonals, der Ärzte etc. berücksichtigt. Es ist eine fleißig durchdachte, auf Tatsachen und Erfahrungen sich stützende Arbeit, die wir vor uns haben, und die es verdient, gelesen und beachtet zu werden. Grätzer.

Neue Dissertationen.

Anacker, H. Ein Fall von weiblicher Epispadie (Straßburg). — **Best, Fr.** Ein Fall von Henochscher Purpura hämorrhagica mit entzündlichem Ödem (Heidelberg). — **Bierast, W.** Zur Kasuistik der Sehnentransplantation bei Kinderlähmungen und Lähmungsdeformitäten (Berlin). — **Greenfield, A.** Die Assimilationsgrenze für Zucker im Kindesalter (Heidelberg). — **Haeberlin, K.** Zur Kasuistik der angeborenen Irisanomalien (München). — **Haymann, L.** Ein Fall von Ulcus ventriculi perforans bei einem Säugling (München). — **Hermann, O.** Über Epidermolysis bullosa hereditaria (Heidelberg). — **Katz, H.** Ein Fall von totaler einseitiger Thrombose der Vena renalis bei Lues kongenita, mit eigenartigen Veränderungen der funktionell überanstrengten anderen Niere (Würzburg). — **Lehmann, F.** Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis von der Bakteriologie der Fäces beim Kinde im ersten Lebensjahre (München). — **Leibsohn, M.** Zur Entwicklung der Lehre von der Säuglingsernährung (Berlin). — **Lurz, A.** Über eine embryoide Geschwulst des Ovariums bei einem 8jährigen Mädchen (Würzburg). — **Palmberger, R.** Über Mißbildungen der menschlichen Gliedmaßen im Anschluß an einen Fall von Bildungshemmung des Vorderarms (München). — **Rommel, E.** Darmverschluß durch den persistierenden, am Nabel geschlossenen Dottergang (Gießen). — **Schambacher, A.** Über die Persistenz von Drüsenkanälen in der Thymus und ihre Beziehung zur Entstehung der Hassalschen Körperchen (Straßburg). — **Uhl, K.** 3 Fälle von angeborenem einseitigem Nierenmangel (Würzburg). — **Umbreit, E.** Ein Beitrag zur Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation (Freiburg).

VI. Monats-Chronik.

Heilstätten für lungenkranke Kinder wurden am 1. November in Hohenlychen (in der Mark) und am 4. d. Mts. in Belzig feierlich eröffnet.

Schulärzte für Mittelschulen. Die günstigen Erfahrungen, die man mit der Institution von Schulärzten an den Bürgerschulen in Frankfurt a. M. gemacht hat, haben die dortige Schuldeputation veranlaßt, eine gleiche Einrichtung für die Mittelschulen zu beantragen. In dem Bericht an den Magistrat wird darauf hingewiesen, daß allerdings die Kinder, die diese Anstalten besuchen, im allgemeinen hinsichtlich der Wohnung und Ernährung in besseren Verhältnissen leben als diejenigen, die in den Bürgerschulen untergebracht sind, aber trotzdem sprechen gewichtige Gründe für die Anstellung von Schulärzten auch an den Mittelschulen. Auch hier ist es vielfach von Bedeutung, die neu aufgenommenen Kinder auf ihren Gesundheitszustand untersuchen und den Eltern Mitteilungen darüber und Ratschläge für eine zweckmäßige Pflege zugehen zu lassen, auch hier muß der Arzt über die geistigen Anlagen der Kinder sein Urteil abgeben und im Verein mit dem Rektor auf die Überweisung der Schwachbegabten in die Hilfsschule hinwirken. Die zurzeit in Frankfurt a. M. bestehenden sieben Mittelschulen werden von 1882 Knaben und 2517 Mädchen, zusammen also von 4399 Kindern besucht. Für 1904 darf auf eine Gesamtschülerzahl von rund 5000 gerechnet werden. Überweist man nun jedem Schularzt 1600—1800 Kinder, so würde die Anstellung von 3 Schulärzten für die Mittelschulen erforderlich sein. Der Magistrat ersucht die Stadtverordneten-Versammlung um Bewilligung dieser drei neuen Stellen, die mit je 1000 Mk. jährlich dotiert werden sollen, derselben Summe, wie an den Bürgerschulen.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Arztes 26. XI. 03.)

VII. Personalien.

Habilitiert für Kinderheilkunde **Dr. N. Berend** in Budapest.

Unser geschätzter Mitarbeiter, Privatdoz. **Dr. H. Starck** in Heidelberg zum a. o. Professor ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Februar 1904. No. 2.

I. Originalbeiträge.

Therapeutische Erfahrungen aus der Kinderpraxis.[1])

Mitteilungen aus dem Budapester mit Ordinationsanstalt verbundenen Gratismilchinstitut.

Von

Dr. **Ernö Deutsch.**

Purgen ($C_{20}H_{14}O_4$). Jeder der die Darreichung des Oleum ricini bei Säuglingen und größeren Kindern mit angesehen, wird das Sträuben der Mütter würdigen, die dies Mittel den Kleinen nach einmaligem Versuche nicht wieder reichen wollen. Darum wurde von allen Seiten nach neuen, angenehm schmeckenden und doch prompt wirkenden Kinderpurgantien gefahndet. v. Vámossy (Budapest) ist es gelungen, mit seinen wohlschmeckenden Tabletten (Purgen) diesen obigen Anforderungen gerecht zu werden.

Purgen besteht aus Phenolphthalein (ein in Wasser unlösliches, geschmackfreies, gelbes Pulver), ein Präparat, das schon seit langer Zeit als Indikator in Verwendung gestanden ist. Eine zufällige persönliche Erfahrung brachte v. Vámossy auf den Gedanken, Phenolphthalein als Purgans zu verwenden. Gründliche Laboratoriumsarbeit ging der Einführung in die Praxis vor. Darreichungsversuche (5—6 g) an Tieren (Hasen, Hunden, Katzen), lokale Anwendung am Tierdarm im Kochsalzbade brachten keine Erklärung des purgierenden Effektes beim Menschen (0,10—0,15 g). Die Erklärung der Purgenwirkung liegt wahrscheinlich darin, daß Phenolphthalein sich im Darm zu schwer diffundierendem Phenolphthaleinnatrium verwandelt, welches von den Darmepithelzellen aufgenommen wird, indem ein hoher, zu Wasseransammlung führender osmotischer Druck zu stande kommt. Die Ausscheidung des Phenolphthaleins geschieht größtenteils mit den Fäces, ein geringer Teil geht mit dem Urin ab (Rotfärbung nach Laugezusatz), resorbiert wird ein minimaler Prozentsatz. Die Niere wird durch Purgen nicht gereizt, daher kann man es bei Nierenaffektionen ohne Bedenken reichen. Untersuchungen mit dem Mossoschen Sphygmometer zeigen nach Einnahme des Phenolphthaleins Nachlaß des Blutdruckes, demzufolge das Purgen bei Affektionen des Herzens ohne schlechte Nebenwirkungen verabfolgbar ist.

[1]) Der erste Teil dieser Mitteilung erschien in dem Blatte „Magyar orvosok lapja“ und bespricht die Erfahrungen mit Kufekes Mehl, Odda, Ramogen, Kreosotal, Bismutose, Lecithinpräparate, Orphol, Xeroform, Helfenbergs Brausende Öle und Ossin.

Das Purgen wirkt einfach evakuierend, nicht desinfizierend wie dies die Untersuchung auf Harnindikan deutlich zeigt.

Ich wendete stets Baby-Purgen mit 0,05 Phenolphthaleininhalt an.

Meine Erfahrungen erstrecken sich auf 558 Fälle im Alter von 1 Monat bis zu 10 Jahren.

Die Fälle können folgendermaßen gruppiert werden:

1. Säuglinge und größere Kinder mit habitueller Verstopfung. Purgen eignet sich sehr gut zur Behandlung dieser Fälle, da es den Darm nicht reizt, nach der Entleerung keine Stuhlverhaltung eintritt, die Fäces breiig, reichlich und ohne Schmerz abgehen. Mein Vorgehen besteht darin, daß ich einige Tage hindurch abends dem Alter gemäß 1—3 Purgen mitior alternierend mit Eingießungen (stets mit Katheter gereicht) bei Einhaltung einer entsprechenden Diät verordne. (178 Fälle.)

2. Bei akut einsetzenden Magendarmerkrankungen, wo es sich um Evakuierung des Verdauungskanals handelt. Ich gebe manchmal sogar bei Säuglingen 2—3 Purgen, um eine gründliche Ausräumung des Magendarmtraktes zu erzielen und verbinde diese Ordination natürlich mit den dem Falle entsprechenden Diätvorschriften (380 Fälle).

Der Erfolg war nahezu in allen Fällen ein entsprechender; individuelle Schwankungen sind bei diesem, wie bei jedem Mittel zu beobachten.

Nach E. Unterberg (Therapie der Gegenwart. 1903. p. 203) bringen 5 g Phenolphthalein pro die in $^2/_3$ der Fälle 1—2 breiige Entleerungen hervor; 2—3 dünnflüssige Stühle, nach denen auch öfters härtere Fäces folgten, wurden mit 10—15 g erzielt.

Ich selbst beobachtete zwei Fälle, wo Kinder durch den guten Geschmack der Tabletten gereizt, eine ganze Schachtel voll verspeisten, es traten keine Vergiftungserscheinungen auf und der Diarrhöe konnte man bald mit Opium und Salepdecoct Herr werden. —

Tanninpräparate. Combys Urteil über Tannin „Le médicament était mal toléré, il provoquait des vomissements, des coliques (je le suppose du moins, les enfants criaat davantage). Quant à l'action sur la diarrhée, elle a été à peu près nulle.“ (Les médicaments chez les enfants. 1900) ist unstreitig richtig. Das Tannin als solches übt schon auf Mund- und Magenschleimhaut eine schädliche Wirkung aus und wird so rasch aufgesaugt, daß, um einen Effekt auch im unteren Teil des Darmtraktes zu erreichen, die Anwendung so großer Mengen nötig wären, die neben einen eventuellen therapeutischen, einen unbedingt schädlichen ätzenden Einfluß hätten. Die riesig schnelle Aufsaugung illustriert die Angabe Mörners, daß nach Eingabe von 8,0 Tannin es nicht gelungen ist, eine Gerbsäure- oder Gallussäurereaktion in den Ausscheidungsprodukten aufzufinden. Andererseits ist es anerkannt, daß ein Adstringens, das im Mund und Magen unresorbiert und unwirksam ist, sich im Darme langsam zersetzt, bei Behandlung der Darmkrankheiten von großer therapeutischer Wichtigkeit wäre, da es eine eminente antiphlogistische und antikatarrhalische Eigenschaft hätte. Dies die Ursache, daß die chemisch-pharmazeutischen Fabriken wetteifernd solche Tanninverbindungen in Verkehr bringen, die — nach ihrer Angabe — nur im Darm ihre therapeutische

Wirkung entfalten. Eine Übersicht über diese im modernen Arzneischatz eine wichtige Rolle spielenden Arzneistoffe gebe ich in der beigeschlossenen Tabelle. Alle diese Tanninverbindungen sind ungefähr gleichwertig, greifen Mund- und Magenschleimhaut nicht an (zwar die absolute Unlöslichkeit im Magensaft bei keinem dieser Präparate erreicht ist), und entfalten ihren therapeutischen Effekt, sich im Darmkanal langsam zersetzend, auf gewünschter Stelle. Besonders will ich das Tannoform und Tannopin hervorheben, die neben dem Tannin das Formaldehyd und Urotropin als Componens besitzen, daher zugleich adstringierend und antibakteriell wirken. Die lokale Wirkungsweise dieser Adstringentien schildert sehr überzeugend R. Kobert in seinem Lehrbuch der Pharmakotherapie (1897). Nach ihm bilden diese Arzneistoffe auf den katarrhalisch entzündeten und hypersezernierenden Schleimhautflächen des Darmes einen häutchenartigen Niederschlag, der ein Bollwerk gegen das Einwandern der Bakterien bildet und schmerzstillend wirkt, da er die freiliegenden sensiblen Nervenendigungen vor Insulten schützt; die oberflächlichen Darmgefäße verengern sich, die Endothelkittsubstanz geht in einen festern Zustand über, wodurch die Leukozytenemigration gehemmt wird. Als Endeffekt resultiert die Sistierung der Durchfälle. — Im ganzen habe ich Tanninpräparate bei 209 Fällen angewendet, der Verlauf variierte bei akuten Erkrankungen zwischen 2 und 4, bei subakuten 3—8 Tagen, die Heilungsdauer der chronischen war ungefähr dieselbe. Die Kur wurde mit Entleerung der Verdauungsorgane begonnen, dann die entsprechende Diät verschrieben, und im Falle eine starke bakterielle Invasion vorhanden war, verordnete ich neben Tannigen, Honthin, Tannalbin, Glutannol, Tannokol, — Ichthalbin oder Ichthoform; bei Tannoform und Tannopin, die auch eine direkt antibakterielle Wirkung haben, war diese Kombination nicht notwendig. —

Eine überaus empfehlenswerte Art der Tanninmedikation habe ich nach Ratner in 11 Fällen chronischer Diarrhöe mit ausgesprochen gutem Erfolg angewendet; es ist dies die Kombination des Tannalbins mit Ichthalbin. Die Vereinigung dieser Mittel bringt eine Tannin- und Ichthyolwirkung, auf den Darmtrakt lokalisiert, hervor, da beide Droguen nur in einem Darmsaft löslich, den Magen nahezu unverändert passieren. — Das Ichthalbin ist eine Ichthyol-Eiweißverbindung, ein fast geschmackloses, graubraunes, feines Pulver, welches durch Rolly und Saans (Münchener med. Wochenschrift. No. 14. 1900), Hamburger (Therapeutische Monatshefte. 1899. VII.) Marcuse (Therapie der Gegenwart. 1903. III.), Porcelli (Reichs-Medizinal-Anzeiger. 1903. No. 17.) in die Therapie eingeführt wurde, und stimmen alle genannten Autoren und mit ihnen auch ich in dem Urteil überein, daß das Ichthalbin ein reizloses und zuverlässiges Darmantiseptikum ist. Die Dosis ist 0,1—0,5 2—3mal täglich vor den Mahlzeiten, am angenehmsten mit geschabter Schokolade gereicht, zu nehmen. Ratners Vorschrift für die vereinigte Tannalbin- und Ichthalbinordination, die auch ich angewendet habe, ist: Rp. Tannalbin (Knoll) 0,3; Ichthalbin (Knoll) 0,15—0,3; Pulv. Cinnamon 0,03; M. f. p. d. t. d. No. XX. S. 1—2 Pulver 2—3mal täglich je nach dem Alter.

Benennung des Arzneimittels	Fabrik	Physikalische und chemische Eigenschaften	Dosierung und Preis	Pädiatrische Literatur	Die von mir behandelten Fälle
Tannigen	Farbenfabrik vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld	Essigsäureester der Gerbsäure. Hellgraues, nahezu geschmack- und geruchloses Pulver; in Wasser und in verdünnten Säuren im Gegensatz zu alkalischen Lösungen kaum löslich; am besten mit Milchzucker āā zu verabreichen. Entfaltet größtenteils seine Wirkung im Darmkanal, belästigt den Magen nicht.	0,2—0,3, 3—4 mal täglich oder als Schachtelpulver. 1 g 0,2 M.	Künkler (Allg. med. Zentr.-Ztg. No. 13 u. 14. 1895). Lwow (Journ. méd. hebd. de la Russie. mérid. No. 39. 1895). Escherich (Therap. Wochenschr. No. 10. 1896). Biedert (Therap. Wochenschr. No. 12. 1896). Jausig (Deutch. med. Ztg. No. 50. 1901). Schandlbauer (Wien. med. Presse. No. 27. 1902).	Cat. intest. acut. : 6 „ „ subacut. : 9 „ „ chronic. : 5 20 Fälle
Tannocol	Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin	Gelatinetannat. Ein in Wasser kaum lösliches, grauweises, geschmack- und geruchloses Pulver, in dem Leim und Tannin ca. zu gleichen Teilen vorhanden ist, in sauren Flüssigkeiten (z. B. Magensaft) schwer, in alkalischen (z. B. Darmsaft) unter Abspaltung von Tannin löslich. Hoher Reinheitsgrad, große Konstanz und hervorragende Magensaftresistenz kennzeichnen dieses Präparat.	0,2—0,5 mehrmals täglich in kühlen Flüssigkeiten oder als Schachtelpulver. Auch Schokoladetabletten à 0,25 Tannocol zu erhalten. 1 g 0,1 M.	Brat (Berliner klinisch. Wochenschr. 1899. 394). Goliner (Medizinische Rundschau 1899 35). Friedländer (Heilkunde 1900. 597). Altschul (Pharmaceut. Ztg. 1900. 60).	Cat. intest. acut. : 8 „ „ subacut. : 17 „ „ chronic. : 6 31 Fälle
Tannoform	E. Merck in Darmstadt	Verbindung von Gerbsäure mit Formaldehyd. Ein weiß-rötliches, geruchloses, nahezu geschmackloses, leichtes, in kaltem Wasser und angesäuerten Flüssigkeiten unlösliches Pulver. Durchwandert den Magen ungelöst und unzersetzt, wird im Dünndarm in seine Komponenten gespalten, welche hier antiseptisch (Formaldehyd) und adstringierend (Tannin) wirken (Kobert).	3 mal täglich 0,1—0,2—0,4 g am besten in etwas versüßtem Kamillentee. 1 g 0,1 M.	Schmeidler (Dissertation 1898). Dworetzky (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1898. 35). Sicklai (Therapeut. Wochenschr. 1897. No. 41). Goldmann (Wien. med. Presse. 1899. No. 9 u. 10). Landau (Klin. therapeut. Wochenschr. 1898. No. 40). Brauns (Therap. Wochenschr. 1897. No. 46).	Cat. intest. acut. : 9 „ „ subacut. : 32 „ „ chronic. : 13 54 Fälle

Glutannol	R. Hundhausen Hamm i. W. jetzt: Blattmann in Wädensweil	Verbindung von vegetabilischem Fibrin mit Gerbsäure. Unlöslich im Magensaft, leichtlöslich im Darmsaft.	Mehrmals täglich 0,25—0,5 in Pulvern, Tabletten od. schleimiger Schüttelmixtur.	Erprobt durch Biedert, Winter, Wegele u. A.	Cat. intest. acut. : 13 „ „ subacut. : 12 „ „ chronic. : 10 35 Fälle
Honthin	G. Hell & Co. Troppau und Wien	Eine Tanninverbindung, bei welcher das Albumintannat keratiniert ist. Geschmack- und geruchfreies, in Wasser nicht, in verdünnten Säuren kaum, in alkalischen Lösungen sich teilweise lösendes Pulver. Als Vorteil ist diesem Präparate nachgerühmt, daß 48,66 % unzersetzt in das Darmsystem gelangt (Wertbestimmung nach Tambach-Stankay).	0,25—0,3—0,5 4—5 mal täglich. Für Säuglinge nicht in die Flasche, sondern mit Löffel geben. 1 g 0,15 M.	Kolpaszky u. Stankay (Magyar. orvosi archivum. 1900. H. 6.). Goldmann (Reichsmedizinalanzeiger. 1901. Nr. 9). Kölbl (Wiener klin. Rundschau. 1900. No. 25). Frieser (Wien. medizin. Blätter. 1900. No. 29). Reichelt (Wiener klin. Wochenschrift. 1900. No. 36).	Cat. intest. acut. : 8 „ „ chronic. : 11 19 Fälle
Tannalbin	Knoll & Co. Ludwigshafen a. Rh.	Eine Tannineiweißverbindung, welche durch Erhitzen von frisch gefälltem Tanninalbuminat hergestellt wird. Frisch gefällt löst es sich ungemein leicht im Magensaft, ein an der Luft bei 30° C. getrocknetes Präparat ist der Magenverdauung schwerer zugänglich. Durch stundenlanges trockenes Erhitzen kann diese Resistenz erheblich gesteigert werden. Schwach gelbliches, geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver, etwa 50 % Gerbsäure enthaltend.	3—4 mal täglich 0,5. 1 g 0,1 M.	Friedjung (Jahrb. für Kinderheilkunde. 1897). Koelzer (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1898). Maramaldi (Annales de médecine et chirurgie infantiles. 1900. No. 11). Ratner (Deutsche Medizinalzeitung. 1903. No. 70).	Cat. intest. acut. : 12 „ „ chronic. : 8 20 Fälle
Tannopin (Tannon)	Farbwerke vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld	Hexamethylentetramintannin. Rehbraunes, geschmack- und geruchloses, in Wasser, schwachen Säuren, Weingeist und Äther unlösliches, in verdünnten Alkalien sich langsam lösliches Pulver mit 87 % Tannin und 13 % Hexamethylentetramin Inhalt, das die antibakterielle Wirkung des Urotropins mit der adstringierenden des Tannins verbindet.	0,1—0,3—0,5 mehrmals täglich. 1 g 0,2 M.	Landau (Heilk. 1898. XII). Meier (New York). Schreiber (Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 49). Joachim (Allg. med. Zentr.-Ztg. 1898. No. 65).	Cat. intest. acut. : 7 „ „ subacut. : 12 „ „ chronic. : 11 30 Fälle

Das Ichthoform (Fabrikationsstelle: Ichthyolgesellschaft Cordes, Hermanni & Co., Hamburg) ist ein dunkelbraunes, feines, in Wasser nicht, in Äther und Chloroform ein wenig lösliches Pulver, dessen Geruch und Geschmack an Ichthyol erinnert; mit Glyzerin bildet es eine Emulsion. Das spezifische Gewicht ist kleiner als das des Wassers, größer wie das von Äther, Alkohol und Chloroform. Seiner Darstellung nach ist es als „Thiohydrocarbürum sulfonicum formaldehydatum“ aufzufassen; ist daher eine Kombination von Ichthyol und Formaldehyd, die auch einzeln hervorragende, antibakterielle, antifermtative, desodorierende und desinfizierende Eigenschaften besitzen. —

Die bakterientötende Eigenschaft des Ichthoforms untersuchte Aufrecht (Allgem. med. Zentr.-Zeitung. 1900. No. 28) und zeigte, daß es auf Strepto- und Staphylokokkus einen viel intensiveren Einfluß hat, wie Dermatol, Jodoform und Jodol. Rabow und Galli (Therapeutische Monatshefte. 1900. IV.) experimentierten mit Kulturen von Bact. coli, Bacillus typhosus, -icteroides, -pyocyaneus, Staphylococc. pyog. aur., Aspergillus niger und waren stets mit der entwickelungshemmenden Eigenschaft des Ichthoforms zufrieden. —

Das Tierexperiment gibt den Beweis der Ungiftigkeit dieses Mittels. Per os, intravenös und intraperitoneal in großen Dosen Kalt- und Warmblütern gegeben, zeigte es nie üble Nebenerscheinungen. —

Auf Grund der Erfahrungen Süssmanns (Deutsche med. Presse. 1901. No. 3.) machte ich bei 43 Säuglingen Versuche mit Ichthoform.

Die 43 Fälle verteilten sich der Diagnose nach:

12 cat. intestin. subac.
10 „ „ chron.
15 cholera infant.
6 enterit. t. b. c.

Sieben waren Brustkinder, bei denen das Wort von Lesage „L'enfant puise dans le sein la base même de son alimentation, cependant, de temps en temps (car on croit toujours que le nourisson meurt de faim), ou lui donne quelques suppléments en lait de vache“ zutrifft; diese unrichtig und unberechtigt durchgeführte „allaitement mixte“ führt auch recht oft ebenso wie die ausschließliche, fehlerhaft geleitete, künstliche Ernährung zu bakteriellen Infektionen.

Bei den vier Fällen von tuberkulöser Darmerkrankung war die Lunge auch in Mitleidenschaft gezogen, bei diesen handelte es sich in erster Reihe, die lästigen und schmerzhaften Darmsymptome zu lindern.

Mein therapeutisches Vorgehen war das folgende: Bei den Brustkindern ordnete ich das Weglassen der künstlichen Ernährung an; um die Frauen zu diesem Vorgehen zu bewegen (277 Fälle), trachtete ich ihren Ernährungszustand diätetisch und medikamentös zu bessern. (Verabreichung von größeren Milchrationen, (Volksküchenspeisekarten Somatose[1]) Lactagol[2]) usw.) Die künstlich ernährten Kinder wurden für 24 Stunden auf Wasserdiät gesetzt, dann Kufeke-Suppe, endlich Szèkelysche[3]) Milch gereicht.

Ichthoform bekamen sie 0,25—0,5 g 3—4 mal täglich. In keinem Falle beobachtete ich Idiosynkrasie, nie unangenehme Nebenerscheinungen; der erwünschte Erfolg blieb in keinem Falle innerhalb 3 bis 5 Tagen aus und gab den Beweis der antibakteriellen und desodorierenden Fähigkeit dieses Mittels.

Bei den tuberkulösen Pat. konnte ich die Wahrnehmung Schäfers „zwar unwirksam auf die Tuberkulose der Lungen, vermag aber oft in kurzer Zeit die tuberkulösen Diarrhöen dauernd zu sistieren, selbst auch in Fällen, in welchen dieselben in den letzten Monaten und Wochen eines an allgemeiner Tuberkulose Erkrankten eintreten. Natürlich vermag das Mittel den Auflösungsprozeß nicht aufzuhalten, mildert aber durch Stillen der Darmerscheinungen die letzten oft so unerträglichen Qualen" vollinhaltlich bestätigen.

Man möge bei Darreichung des Mittels auf Schwarzfärbung der Stühle aufmerksam machen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

A. Karnitzky, Ein Fall vom Verweilen einer Ascaris lumbricoides in der Scheide bei einem 3jährigen Mädchen. (Russky Wratsch. 1903. No. 36.) Der vom Verf. beschriebene Fall ist vor allem dadurch besonders bemerkenswert, daß bei der Besichtigung der Geschlechtsteile (das kleine Mädchen wies seit einem Jahre die Erscheinungen der Onanie auf) in der Scheide eine 10 bis 12 cm lange Ascaris lumbricoides gefunden wurde. Daß ein Spulwurm auch in die Vagina hineingelangen und dort verweilen könne, wird von keinem der Autoren, die über Darmparasiten geschrieben haben, je erwähnt. Eine Besonderheit dieses Falles ist ferner der Umstand, daß der Darm des Kindes vier Wurmarten beherbergte: es konnte mikro- und makroskopisch die Symbiose von Taenia solium, Ascaris lumbricoides, Trichocephalus dispar und Oxyuris vermicularis nachgewiesen werden. Die beim Mädchen beobachteten masturbatorischen Prozeduren sind wohl auf die Anwesenheit des letzteren Schmarotzers zurückzuführen. Schließlich macht noch der Autor auf den von ihm bei dem Kinde konstatierten eigenartigen Blutbefund aufmerksam. Die wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab nämlich eine konstante Vermehrung der eosinophilen Zellen; die Zählung der weißen Blutkörperchen auf den mit Triacid gefärbten Präparaten ließ 40,3% Lymphozyten, 7,8% Übergangsformen, 34,9% neutrophile und 17% eosinophile Zellen erkennen. Eine ganze Reihe von Blutuntersuchungen, welche an völlig gesunden Kindern angestellt worden waren, hatte dem Autor bereits früher gezeigt, daß der Prozentsatz der Eosinophilen in der Norm die Zahl 12,5 nicht überschreitet. Ist das Verhältnis dieser Zellen ein größeres, so ist wohl stets in Erwägung zu ziehen, ob nicht die Vermehrung der Anzahl der eosinophilen Zellen durch Helminthiasis bedingt sei.

A. Dworetzky (Moskau).

J. Zappert, Über Genitalblutungen neugeborener Mädchen. (Wiener mediz. Wochenschrift. 1903. No. 31.) Bei neugeborenen Mädchen kommen am 5.—6. Tage bisweilen geringe Blutungen aus den Genitalien vor, die höchstens 4—6 Tage anhalten, ohne Krampf- und ohne Allgemeinerscheinungen einhergehen und meist harmloser Natur sind. Auch Z. hat zwei derartige Fälle beobachtet.

Kürzlich erhielt nun Z. ein Stück eines Uterus von einem Kinde zur Untersuchung, das in typischer Weise solche Blutungen gehabt, auch an einer, ohne sonstige Hämorrhagien einhergehenden Sepsis gelitten hatte. Makroskopisch boten die Genitalien nichts Besonderes. Die mikroskopische Untersuchung des Uterussegments ergab nur Blutreichtum des submukösen Gewebes und Austritt von Blutkörperchen aus den erweiterten Gefäßen, aber Intaktheit des Schleimhautepithels und Fehlen jedweder Entzündung, d. h. Analogie mit dem histologischen Bilde bei menstrueller Blutung der Erwachsenen. Aber abgesehen davon, daß man von diesem einen Falle noch nicht auf alle derartigen Blutungen schließen darf, kann man doch überhaupt kaum von einer „Menstruatio praecox“ sprechen, da die Kriterien einer solchen, wie periodische Wiederkehr, verfrühte Entwicklung der Geschlechtsorgane usw., hier fehlen. Wohl aber könnte man, in Erinnerung an die Brustdrüsenschwellung der Neugeborenen, auch hier mehr an einen physiologischen, als an einen pathologischen Zustand denken. Aber wie gesagt, eine Verallgemeinerung von dem einen Fall aus ist nicht berechtigt, auch ist jene Brustschwellung recht häufig, Genitalblutungen aber recht selten; es muß daher die Entscheidung, ob die Uterusblutung der Neugeborenen einen bisher unaufgeklärten physiologischen Reiz oder ein pathologisches Vorkommen darstellt, einstweilen offen bleiben.

Grätzer.

C. Wischmann (Norwege), Ein Fall von Menstruatio praecox. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1903. No. 4.) Das Kind wurde am 4. September 1899 geboren; die Blutungen erschienen am 24. Februar 1901. Seitdem wurden im Verlaufe von 16 Monaten 12 Menstruationen beobachtet. Die physiologische Entwicklung des Kindes ist sehr kräftig; die Brustwarzen sind voluminös mit deutlicher Drüsensubstanz. Mons veneris und die Achselhöhlen sind behaart. Das Kind zeigte kein Zeichen der Rachitis. Man hat nicht analoge Abnormitäten in der Familie beobachtet. Verf. macht darauf aufmerksam, daß in solchen Fällen bisweilen Sarkome der Ovarien oder Hydrocephalus gefunden wurden; er stellt deshalb eine zweifelhafte Prognose auf. In einigen Fällen ist auch der sexuelle Trieb manifest, was man den Eltern sagen muß.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Andor Palotai, Über Erstgebärende unter 16 Jahren. (Aus der kgl. I. gynäk. Klinik in Budapest.) (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1903. No. 52.) Unter 17169 Geburten befanden sich 25 I parae (= 0,145 $^0/_0$), die zur Zeit der Geburt ihr 16. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten; darunter sieben 14jährige und 18 15jährige.

Die Schwangerschaft verlief — mit Ausnahme eines Falles von

Abort im 6. Monate — in allen übrigen typisch ohne nennenswerte Störungen. 8 % der Mütter hatten verengtes Becken, 28 % enge Scheide. Die 24 Fälle verliefen alle spontan in Schädellage, bei einer durchschnittlichen Geburtsdauer von etwa 10 Stunden. Die längste der Placentalperioden dauerte nur 19 Minuten. Dies alles zeugt für die vorzügliche Tätigkeit der Geburtskräfte in diesem Alter. Alle Früchte wurden lebend geboren, doch waren viele (28 %) Frühgeburten. Unter den 24 Fällen kamen nur zwei Damm- und Scheidenverwundungen vor, welche genäht werden mußten; im übrigen gab es nur oberflächliche Läsionen, ein auffallend günstiges Resultat, welches die große Elastizität des Dammgewebes in diesem Alter zeitigte. Auch die Wochenbetten verliefen recht günstig. 23 Kinder verließen lebend die Klinik.

Daraus ergeben sich in betreff der Geburt bei Erstgebärenden unter 16 Jahren folgende Erfahrungssätze:

1. Der Schwangerschaftsverlauf ist ein normaler, von Abortus selten, von Frühgeburt häufiger unterbrochen;

2. der Geburtsverlauf ist seiner kurzen Dauer wegen ein sehr milder;

3. die Notwendigkeit eines operativen Eingriffes ist nicht zu befürchten;

4. die Prognose ist hinsichtlich der Verletzungen der Geburtswege intra partum eine sehr gute;

5. das Wochenbett unterscheidet sich in nichts vom normalen;

6. für die Frucht ist in jeder Hinsicht die beste Prognose zu stellen.

Grätzer.

L. Hirsch (Berlin), Die Verhütung der Blennorrhoea neonatorum. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1903. No. 24.) H. ist ein Gegner der allgemeinen zwangsweisen Crédéisierung, dagegen hält er zur Blindenprophylaxe notwendig: 1. den Schutz der Bedrohten und 2. die Garantie rechtzeitiger Behandlung der Erkrankten. Ad 1 empfiehlt sich der Credésche Eingriff für die Kinder tripperverdächtiger Personen, wie es das preußische Hebammenlehrbuch bereits vorschreibt. Ad 2 ist die Mitwirkung der Polizei unumgänglich notwendig. Die Einführung der doppelten Meldung (durch die Hebamme an die Polizei, durch den behandelnden Arzt an den Kreisarzt) umgibt das gefährdete Kind gewissermaßen mit einem Schutzkreis, der undurchdringlich ist; denn mit dem Tage, wo die Hebamme weiß, daß sie die Augen des Kindes die ersten 8 Tage post partum täglich zu besichtigen hat, und daß sie die Unterlassung vorschriftsmäßiger Meldung sowie Kurpfuscherei unweigerlich eine längere Freiheitsstrafe kostet, wird sie aufhören, Augeneiterungen selbständig zu behandeln. Und damit wird sicher die eine der beiden Hauptquellen der Blennorrhoe-Blindheit geschlossen. Die andere Hauptquelle, die Armut und Indolenz der Eltern, die vor der Zuziehung des Arztes aus pekuniären Gründen zurückschrecken, ist gegenstandslos, sobald der rechtzeitige Eintritt unentgeltlicher Behandlung bezw. Behandlung auf Gemeindekosten durch Intervention der Polizei gewährleistet ist. Denn wie Reiche an vermeidbaren Erblindungen überhaupt nicht erblinden, so erblinden sie am allerwenigsten an Blennorrhoea neonatorum. Grätzer.

H. Cohn, Die Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Preußen und Spanien. (Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges. VI. 29—32.) **Schmidt-Rimpler,** Die Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. (Die ophtalmol. Klinik. VII. No. 13.) **H. Urbahn,** Zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. (Wochenschrift f. Therapie und Hypiene des Auges. VI. No. 43.) **Vian,** Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe mit konzentrierten Lösungen von Kalium permanganicum. (Die ophthalmol. Klinik. VII. No. 17.) **M. Haupt,** Über gonorrhoische und nicht gonorrhoische Bindehautentzündung bei Neugeborenen. (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. Oktober 1903.) Cohn ist ein energischer Verfechter der Credéschen Einträufelungen von 1 %iger Arg. nitr.-Lösung zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. Er weist alle gegen dieses Verfahren erhobenen Einwürfe entschieden zurück und wendet sich dabei hauptsächlich gegen eine von Ludwig Hirsch im Jahre 1902 erschienene Arbeit „Entstehung und Verhütung der Blindheit". Die Einwände bestehen vor allem darin, daß das Arg. nitr. starke Entzündungen am Auge hervorrufen könne, und daß das Credésche Verfahren nicht sicher sei. Drittens seien die Hebammen zur Einträufelung zu ungeschickt und viertens sei die Zahl der durch Blennorrhoe Gefährdeten zu klein, um das Verfahren verallgemeinern zu können. Außerdem erklärt sich Hirsch gegen die Belehrungen der Mütter durch ein populär gehaltenes Flugblatt, das bei Eingehung der Ehe auf dem Standesamt verteilt werden soll. Gegen die zwei ersten Punkte führt Cohn das Material von Leopold an, in dessen Klinik unter 30000 Neugeborenen weder eine Blennorrhoe noch eine stärkere Reizung der Augen vorkam, seit die Vorschrift Credés strikte durchgeführt wird. Gegenteilige Erfahrungen erklärt C. durch unrichtige Ausführung der Einträufelungen. Dem dritten Einwurf gegenüber erwidert er, daß Hebammen ja viel verantwortungsvollere Verrichtungen (Wendung!) anvertraut würden. Auch die Unrichtigkeit des vierten Punktes weist C. nach, indem er anführt, daß in manchen Kliniken 10 % der Gebärenden Gonorrhoe haben, und daß ganz abgesehen von der Prozentzahl die geringe Reizung eines Auges durch das Argentum nichts bedeutet, wenn es dadurch sicher vor Blennorrhoe geschützt wird. Dann protestiert C. gegen die Prüderie bei Belehrungen der Mütter, die um so weniger angebracht sei, als in den Ratschlägen das Wort „Tripper" gar nicht vorzukommen brauche, zumal nachgewiesenermaßen die Blennorrhoe oft nicht durch Gonokokken bedingt sei. Zum Schluß seiner ausführlichen Arbeit bespricht C. noch die Vorschläge Alvarados in Valladolid, dessen Ansichten sich meist mit den seinigen decken.

Im Gegensatz zu Cohn hält Schmidt-Rimpler eine obligatorische, allgemeine Credéisierung nicht für wünschenswert. Wie Hirsch fürchtet auch er, daß infolge der Ungeschicklichkeit der Hebammen die Einträufelung unrichtig ausgeführt werde und dann je nachdem unwirksam oder reizend sei. Er glaubt, daß eine Credéisierung nur dann ohne weiteres stattfinden dürfe, wenn ein eitriger Ausfluß der Mutter bestehe. Im entgegengesetzten Falle hält er die Erlaubnis der Eltern für notwendig. Für wünschenswert hält es S.-R., eine

Anzeigepflicht für Hebammen einzuführen, wobei die Hebammen zugleich mit der Erkrankung melden müßten, ob sie einen Arzt rechtzeitig zugezogen hätten. Dadurch würden die Fälle eingeschränkt, in denen die Hebamme die Blennorrhoe für unbedeutend hält und selbst behandelt, wodurch oft schwere Komplikationen eintreten.

Urbahn hinwiederum ist Anhänger einer obligatorischen Einführung der Credéisierung. Doch empfiehlt er statt der 2%igen Arg. nitr.-Lösung eine 5%ige Protargollösung als sogenanntes Protargolbad anzuwenden. Es wird dabei eine größere Menge der Lösung in die Bucht zwischen innerem Augenwinkel und Nasenwurzel eingeträufelt. Werden dann die Augen geöffnet, so fließt die Flüssigkeit von selbst in die Lidspalte und den Konjunktivalsack hinein. Außerdem werden auch die am Lidrand und den Cilien befindlichen Keime unschädlich gemacht. Die Methode hat den Vorteil, daß sie das Auge nicht reizt, und daß die Technik sehr einfach ist.

Vian befaßt sich in seiner Mitteilung nur mit der Therapie der Blennorrhoe. Er empfiehlt, die Schleimhautflächen der Lider 2mal täglich mit einer 10%igen Kaliumpermanganatlösung zu tuschieren, und nimmt hierzu hydrophile Watte, die um ein Metallstäbchen gewickelt ist. Er gibt an, bei dieser Behandlung in 53 Fällen 53 volle Erfolge gehabt zu haben. Genauere Krankengeschichten fehlen jedoch.

In Haupts Arbeit wird hauptsächlich die Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum besprochen. Es ist schon lange bekannt, daß in manchen Fällen von Blennorrhoe sich trotz sorgfältigster Untersuchungen keine Gonokokken finden lassen (Groenouw in 49%). Ebenso ist jetzt sicher gestellt, daß durch andere Mikroorganismen ein der Blennorrhoe vollkommen gleiches Krankheitsbild erzeugt werden kann. Solche Krankheitsereger sind Pneumokokken, Streptokokken, Influenza- und Pseudoinfluenzabazillen, sowie Bacterium coli. H. berichtet nur über 62 in der Bonner Augenklinik untersuchte Fälle. Es fanden sich in 45 Fällen Gonokokken, 2mal Influenzabazillen, je einmal Pseudoinfluenzabazillen, Streptokokken, Bacterium coli. In den übrigen 12 Fällen konnten keine Bakterien gefunden werden, die man mit Sicherheit als Erreger der Ophthalmoblennorrhoe hätte ansprechen können. Bei dem Vergleich der gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen Entzündung zeigte sich, daß letztere leichter verlief. Die Dauer derselben betrug im Durchschnitt nur 1—2 Wochen, während sich eine Conjunctivitis gonorrhoica im Mittel 6 Wochen hinzog. Die Behandlung bestand anfänglich in häufigen Ausspülungen mit Hydrarg. oxycyanat. 1:1500 und erst bei Einsetzen der profusen Eiterung in Ätzen mit 1½—3% Arg. nitr. H. fordert zu weiteren Untersuchungen auf, da die Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum immer noch der Klärung bedürfe. Auch sei die bakteriologische Untersuchung insofern von Bedeutung, als sie bis zu einem gewissen Grade einen Schluß auf die Prognose gestattet. Enslin (Erlangen).

Adolf Hála, Ein seltenes Symptom der Augensyphilis bei Neugeborenen. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. X. 2.) In dem Falle H.s handelte es sich um eine beiderseitige Iritis und Keratitis

parenchymatosa. Das Kind, ein Knabe, kam zur Beobachtung, als es 10 Wochen alt war. Im Alter von 14 Tagen hatte es Blasen an den Fußsohlen und Hohlhänden, sowie einen fleckigen Ausschlag an Stirn und Nase gehabt, welche Erscheinungen unter Behandlung mit einer Salbe rasch zurückgegangen waren. Die Augen zeigten jetzt eine ganz unbedeutende Injektion. Die Cornea war getrübt, besonders in der Peripherie. Die Iris war durch mehrere hintere Synechien mit der vorderen Linsenkapsel verlötet. Am rechten Auge war außerdem ein ziemlich ausgedehntes Pupillarexsudat vorhanden. Die Ordination bestand in Kalomel 0,01 3mal täglich und Einreibung von grauer Salbe 1 g täglich. Unter dieser Therapie bildeten sich alle Erscheinungen rasch zurück, so daß nach 4 Wochen die Augen normalen Befund boten mit Ausnahme einiger hinterer Synechien, die sich nicht gelöst hatten. H. bespricht dann kurz die Symptomatologie der Iritis bei Neugeborenen, welche fast ohne Ausnahme auf einer hereditären Lues beruht. Sehr auffallend ist dabei, daß wie auch im angeführten Falle die Iritis beim Neugeborenen ohne die stürmischen Entzündungserscheinungen verläuft, die diese Krankheit beim Erwachsenen kennzeichnen. Bei der Hornhauterkrankung der Augen wäre differentialdiagnostisch noch ein Hornhautödem infolge Läsion des Endothels des Descemetis in Betracht gekommen. H. weist diese Annahme jedoch auf Grund mehrerer klinischer Merkmale zurück.

Enslin (Erlangen).

Georges Thibierge, Die syphilitischen Ammen. (Revue pratique d'obstétr. et de paediatrie. Februar 1903.) Eine Frau kann auf verschiedene Weise während des Stillens syphilitisch werden. Gewöhnlich geschieht dies auf dem Wege der Infektion durch einen hereditär-syphilitischen Säugling oder auf genitalem Wege von seiten ihres während der letzten Schwangerschaftsperiode oder des Wochenbettes von anderer Seite infizierten Mannes. Findet man eine syphilitische Amme, die ein gesundes Kind säugt, so muß dieselbe selbstverständlich gleich entfernt werden. Das Kind soll aber während 6 Wochen keiner gesunden Amme übergeben werden, da es ja bereits infiziert sein kann und die Krankheit auf dieselbe übertragen könnte. Bis man in dieser Beziehung volle Sicherheit hat, soll künstliche Ernährung durchgeführt werden. Ist aber Infektion bereits erfolgt, es soll die Amme auf alle Fälle erhalten bleiben, da dieselbe der künstlichen Ernährung vorzuziehen ist. Gleichzeitig wäre auch auf unwiderlegliche Weise festzustellen, daß das Kind durch die Amme infiziert wurde und nicht umgekehrt, um eventueller Reklamation, oder auch Entschädigungsprozessen von seiten der letzteren vorbeugen zu können.

Das Kind einer syphilitisch gewesenen Frau soll nur von der eigenen Mutter gesäugt, oder wenn dies undurchführbar, künstlich ernährt werden. Wenn die Infektion in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten stattgefunden hat, so ist die Immunität des Kindes noch zweifelhaft; es sind Fälle bekannt, wo derartige Kinder später von ihren syphilitischen Müttern infiziert wurden. Die künstliche Ernährung ist also für dieselben vorzuziehen. E. Toff (Braila).

Tschlenow, Zur vererbten Immunität gegen Syphilis und über das sogenannte Gesetz von Profeta. (Mon. f. prakt. Dermat. 1. Mai 1903.) Das Profetasche Gesetz, welches die längere Immunität eines Kindes syphilitischer Eltern gegen eine syphilitische Infektion behauptete, wurde später dahin erweitert, daß auch durch den syphilitischen Vater allein oder durch die syphilitisch gewesene oder nur noch mit tertiären Erscheinungen behaftete Mutter diese Immunität bei dem Kinde erzeugt werden könnte. Den vielfachen Ausnahmen, welche von diesem etwas verworrenen Lehrsatz bereits berichtet wurden, schließt Verf. zwei weitere Fälle an. Der erste betraf die allerdings auffallend leicht verlaufende, extragenital erworbene Lues der 5jährigen Tochter einer tertiär syphilitischen Mutter. Die zweite Pat. war das 5 Monate alte Kind einer syphilitisch gewesenen, energisch behandelten Mutter. Das Kind erkrankte etwa im dritten Monat nach der Geburt, während dessen man es auf ein Dorf zur Pflege gebracht hatte, mit einem Primäraffekt an der Unterlippe, dem sich Exantheme, Drüsenschwellungen, Angina usw. anschlossen, bis der tödliche Ausgang durch eine hinzutretende Lungenentzündung herbeigeführt wurde. Die Sektion ließ hereditäre Lues ausschließen.

Max Joseph (Berlin).

Düring, Über Syphilisimmunität, besonders in Hinsicht auf das sogenannte Profetasche Gesetz. (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 1.) Verf. betont, daß das, was heute als Profetasches Gesetz gilt, von Profeta nie gesagt worden ist; ferner, daß es vollständig haltlos ist, was dieses Gesetz behauptet: eine vererbte Immunität gegen Syphilis, ja nur eine Abschwächung der Syphilisinfektion bei Nachkommen Syphilitischer gibt es nicht!

Profeta hatte nur behauptet, daß ein gesundes (i. e. symptomfreies!) Kind, von einer syphilitischen Mutter geboren, von dieser oder von einer syphilitischen Amme gesäugt werden kann, ohne angestreckt zu werden; es ist gleichgiltig, ob die syphilitische Infektion der Mutter vor der Schwangerschaft oder während derselben eingetreten ist. Das heutige sogenannte „Profetasche Gesetz“ sagt aber viel mehr; es behauptet eine auf die Nachkommenschaft übertragene, mehr oder minder ausgesprochene Immunität gegen Syphilis. Und das entspricht der Wahrheit nicht, wie die Erfahrungen in der Türkei und in Kleinasien dem Verf. gezeigt haben. Er hat dort in Dörfern, in denen fast die gesamte erwachsene Einwohnerschaft die unverkennbaren Spuren abgelaufener Syphilis aufwies, „Schulendemien“ von frischer Syphilis unter den Kindern gesehen. Wenn z. B. in einem Dorfe von etwa 160 Einwohnern 110 zweifellos syphilitisch sind, d. h. Spuren bestehender oder abgelaufener Syphilis zeigen, und hierunter fast keine Erwachsenen mit Frühsymptomen, sondern fast alle mit abgelaufenen oder noch bestehenden gummösen Erkrankungen, dafür aber 30 Kinder unter 12 Jahren und hierunter 25 Schulkinder von 7—12 Jahren mit frischer Syphilis, so muß solche Massenbeobachtung der Giltigkeit jenes Gesetzes schon einen gewaltigen Stoß geben. Aber auch ein näheres Eingehen auf die Fälle ergab mit Sicherheit,

daß zahlreiche Eltern mit Syphilis, die unzweifelhaft älter war, als die Kinder, frischinfizierte Kinder hatten. Verf. hat mehrfach die ganzen Familien zusammengestellt, und zwar in allen Fällen, in denen die Kinder gleichzeitig nicht etwa „Stigmata", sondern über jeden Zweifel erhabene Spuren abgelaufener Spät- (in diesem Falle also wohl Hereditär-) syphilis und gleichzeitig frische kontagiöse, auf neu erworbener Syphilis beruhende Erkrankungen zeigten. Verf. hat in seinen Listen über 100 Aufzeichnungen von Fällen, in denen bei Kindern von Eltern, die vor der Ehe erworbene Syphilis hatten, frische Syphilis festzustellen war, — also Fehlen jeder Immunität!

Aber auch daß nicht einmal Abschwächung der Syphilisinfektion bei den Nachkommen statthatt, auch dafür hat Verf. vollgiltige Beweise.

Grätzer.

Hans Voerner, Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 66. Heft 1 u. 2. Juli 1903.) Dem Berichte über die eigenen Beobachtungen schickt Verf. eine eingehende Übersicht der Angaben Fourniers Pick-Fonbergs, Neumanns und Mewis' über die Behandlung frisch syphilitischer schwangerer Frauen voran. Die vom Verf. empfohlene Methode Riehls beruht auf dem Prinzip, Quecksilber lokal auf den Scheidenteil der Gebärmutter einwirken zu lassen. Da selbst bei früher Infektion der Mutter stets eine gewisse Zeit vergeht zwischen der Infektion und der gefahrbringenden Entwicklung der syphilitischen Veränderungen des Uterus und Fötus, suchte Riehl mit seiner lokalen Kur den spezifischen Veränderungen im Uterus und bei dessen Inhalt vorzubeugen. Sogleich nach Bemerken der Schwangerschaft wurden neben einer regelrechten Schmierkur Globuli vaginales (1 g offizin., graue Salbe, 1—2 g Butyr. de Cacao) bis zur Portio vaginalis eingeführt und durch nachgeschobenen Tampon in der Vagina fixiert. Die Kur wurde stets gut vertragen, Schwangerschaft und Wochenbett verliefen normal. Unter 33 Geburten waren vier vorzeitige, ein Abort, drei Frühgeburten. Der Abort und eine der Frühgeburten waren vielleicht durch unzuverlässige Durchführung der Kur dieser ambulatorischen Patienten verschuldet. Von den 29 rechtzeitig Geborenen starben 2 bei der Geburt, 4 an Enteritis, 2 an Tuberkulose, 1 an Pneumonie, 4 an Syphilis. Von den 16 überlebenden Kindern zeigten 3 Symptome von Syphilis. Es waren also von 29 Kindern nur 7 syphilitisch. Diese Daten, sowie die erhebliche Verminderung der vorzeitigen Geburten bedingen ein bedeutend besseres Resultat, als bisher bei der Allgemeinbehandlung erzielt wurde. Das normale Gewicht, Ernährungszustand, Länge usw. sind weitere Belege für den günstigen Einfluß der lokalen Methode. Obgleich die Prognose natürlich besser ist, je früher die Schwangere zur Behandlung kommt, konnte Verf. doch auch in 4 Fällen, welche erst in der zweiten Hälfte der Gravidität zu ärztlicher Kenntnis gelangten, bei 3 Pat. die rechtzeitige Geburt lebender Kinder erzielen. Eines davon, dessen Mutter nur sehr kurze Zeit behandelt wurde, wies Zeichen von Syphilis auf. Verf. glaubt in der vaginalen Therapie Riehls eine wertvolle Hilfe gegen die durch Syphilis veranlaßte Kindersterblichkeit erblicken zu können.

Max Joseph (Berlin).

Julius Heller, Zur pathologischen Anatomie der Syphilonychia ulcerosa unginum hereditaria. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 65. Heft 2. Mai 1903.) An der Leiche eines nach 4 Wochen verstorbenen, hereditär syphilitischen Kindes von beiderseits kranken Eltern beobachtete Verf. interessante Veränderungen der Nägel. Nagelwälle und -betten, sowie ein Teil der Fingerbeere waren blaurot verfärbt. An einzelnen Fingern saßen anstatt der Nagelplatten blutig gefärbte weiche Hornmassen, an anderen waren die Nägel geschwürig.

Max Joseph (Berlin).

Carl Hochsinger, Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 65. Heft 2. Mai 1903.) Im Gegensatz zu der akquirierten Syphilis kann die hereditäre Lues manifest sein, ehe noch Exantheme erscheinen, ja manchmal fehlen dieselben gänzlich. In jedem Falle geht die Entzündung der Nasenschleimhaut dann dem Ausbruch der Syphilide voran. Verf. beobachtete 17 solche Fälle, wo neben der hyperplastischen Rhinitis viscerale und ossale Lues konstatiert wurde, ehe ein Exanthem auftrat bei Kindern im Alter von 7—24 Tagen. Hier entwickelten sich die Hautsyphilide aber stets innerhalb der ersten 10 Lebenswochen, auch ungeachtet der spezifischen Behandlung. 14 andere ausgesprochen hereditär luetische Kinder blieben hingegen dauernd exanthemfrei. Solche Fälle hält Verf. für bedeutungsvoll für die Annahme der Syphilis hereditaria tarda, bei welcher vielleicht oft in frühem Lebensalter unbeachtete viscerale oder Knochensyphilis, aber kein Exanthem bestand. Auch dürfe angesichts dieser Tatsachen die Behandlung bei der kongenitalen Lues nicht bis zum Ausbruch eines Exanthems aufgeschoben werden, wie bei der akquirierten Erkrankung. Vielmehr sei bei der dringenden Gefahr, welche die visceralen und ossalen Symptome darstellen, sogleich eine energische Kur einzuleiten. An 10 geheilten Fällen von exanthemloser, kongenitaler Eingeweide- und Knochensyphilis zeigt Verf., wie viel hier ein unverzügliches therapeutisches Eingreifen erreichen kann. Allerdings waren 2 Fälle schwerer Lebersyphilis auch durch energische Quecksilberkuren nicht mehr zurückzubilden. Das Fehlen der syphilitischen Hautmanifestationen beim Säugling erklärt Verf. durch die späte Entwicklung der Blut- und Saftströmung der Haut beim Fötus. Die anschauliche Schilderung der Pathogenese der hereditären Frühsyphilis ist im Original nachzulesen. Es erhellt aus derselben, daß die fötale Syphilis größtenteils exanthemlose hereditäre Frühsyphilis ist.

Max Joseph (Berlin).

R. Neurath (Wien), Zur Klinik der hereditär-syphilitischen Knochenaffektionen. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Mai 1903.) Beschreibung eines Falles von seltener Intensität und Extensität heredo-syphilitischer Knochenaffektion. Von besonderem Interesse erscheint die Multiplizität der syphilitischen Osteochondritis. Der Prozeß war an allen Appositionsstellen der langen Röhrenknochen ganz intensiv vorgeschritten. Bemerkenswert ist ferner die akute Knochenatrophie, die als ein die Struktur und Konsistenz der erkrankten Knochen bedeutend alterierender Vorgang aufzufassen ist, der in der Form erhöhter Nachgiebigkeit der Knochen und bedeutender

Konsistenzverminderung selbst Frakturen und Epiphysen vortäuschen könnte. Was die Lokalisation der akuten Knochenatrophie betrifft, findet sich dieselbe unabhängig von den Wachstumszonen, an die sich die Osteochondritis hält. In der Nähe von Entzündungsherden besonders häufig und intensiv, findet sie sich weniger ausgesprochen auch an entfernteren Stellen (im obigen Falle im Diaphysenschafte). An den osteochondritisch erkrankten endochondralen Appositionsstellen ist der Entzündungsprozeß das Vorherrschende, daneben sind freilich auch atrophische Vorgänge mit tätig. Grätzer.

E. v. Hippel, Über die Häufigkeit von Gelenkerkrankungen bei hereditär Syphilitischen. (Aus der Univers.-Augenklinik zu Heidelberg.) **Jordan** (Heidelberg), Beiträge zur hereditären Spätsyphilis. (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 31.) v. H. durchforschte sein Material von Keratitis parenchymatosa mit sicherer ätiologischer Syphilis (auch sonstige Zeichen von Lues!) und fand unter 77 derartigen Fällen 43 (= 56%) auch mit Gelenkerkrankungen behaftet. 41 mal war das Kniegelenk ergriffen, und zwar 35 mal ohne, 6 mal mit gleichzeitiger Beteiligung anderer Gelenke (4 mal Ellenbogen-, 2 mal Handgelenk, 1 mal Fingergelenke), 1 mal nur das Ellenbogengelenk, 1 mal „mehrere Gelenke". Die Kniegelenkserkrankung bestand 3 mal in starken Schmerzen, 1 mal war lautes Krachen bei Bewegungen zu hören, 1 mal fanden sich multiple, mit den Knochen verwachsene Narben (früher wohl eitrige Gelenksentzündung mit Fistelbildung), 36 mal war starke Schwellung des Gelenks vorhanden oder, besser gesagt, der Gelenke, da fast stets beide Gelenke angeschwollen waren. Man kann also sagen: In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war die beobachtete Krankheit ein doppelseitiger Kniegelenkserguß. Derselbe zeigte sich am häufigsten bei Kindern von 6—10 Jahren, mehrfach aber auch bei jüngeren und bei Individuen bis in die zwanziger Jahre hinein. Fast stets ging die Gelenkerkrankung der Keratitis vorauf. Darin liegt eine wesentliche Erschwerung der Diagnose, da die Keratitis ein wertvolles diagnostisches Merkzeichen wäre. Liegt aber einfacher Gelenkhydrops bei einem sonst scheinbar gesunden Individuum vor, so wird Syphilis nur diagnostiziert werden, wenn man von vornherein diese Möglichkeit ins Auge faßt, genau danach forscht und auch eventuell bei fehlender Sicherheit Jodkali gibt, dessen Erfolg vielleicht noch nachträglich die Diagnose stellen läßt. Die große Mehrzahl dieser Gelenkerkrankungen hat ja allerdings etwas Typisches und differentialdiagnostisch verwertbare Eigentümlichkeiten gegenüber tuberkulösen, akut-rheumatischen und gonorrhoischen Erkrankungen: Wenn auch eitrige Prozesse und das Bild des sogenannten Tumor albus vorkommen, so handelt es sich doch in den allermeisten Fällen um einen einfachen serösen oder serofibrinösen Kniegelenkserguß, der doppelseitig ist, ohne Trauma entsteht, wenig oder gar kein Fieber macht, auffallend geringe subjektive Störungen hervorruft und meistens, besonders bei spezifischer Therapie, ausheilt, ohne bleibende Veränderungen zu hinterlassen. —

J. teilt zwei interessante Fälle mit. Beim ersten handelt es

sich um einen 22jährigen Offizier, der bisher gesund und kräftig war, in der frühesten Kindheit keinerlei Zeichen von Syphilis darbot und jetzt keine Residuen irgendwelcher gröberen Affektion zeigt. Im 22. Jahre stellte sich als erstes Symptom der doppelseitige Hydrops genu ein, ohne vorhergegangenes Trauma. Für Tuberkulose oder Gelenkrheumatismus sprach nichts, für Syphilis das allmähliche doppelseitige Auftreten des Ergusses, die geringe Schmerzhaftigkeit und Funktionsstörung, das Fehlschlagen der konsequent durchgeführten üblichen Behandlung, dagegen der Erfolg der spezifischen. Auch aus der Anamnese ging hervor, daß hier hereditäre Syphilis im Spiel war. Der Fall war ein typisches Beispiel einer hereditären Spätlues und gleichzeitig eine jener seltenen Beobachtungen von hereditärer Spätlues mit einer einzigen Lokalisation. Bei Fall 2 handelte es sich um eine doppelseitige, von den Gelenkenden ausgehende exsudative Gonitis, kombiniert mit Keratitis parenchymatosa, bei einem 5jährigen Kinde. Die Kniee waren geschwollen, die Knochenenden stark verdickt. Die Kniegelenkentzündung imponierte wegen ihres Auftretens unter Fieber, wegen Fehlens sonstiger Zeichen einer konstitutionellen Erkrankung, als rheumatische. Die Keratitis führte auf die Diagnose, die dann auch durch den negativen Ausfall der antirheumatischen und den positiven Erfolg der antiluetischen Behandlung, sowie durch genauere Erforschung der Anamnese erhärtet wurde, welche die Abstammung von syphilitischen Eltern unzweifelhaft machte. Aus den mitgeteilten Beobachtungen geht hervor, daß wir bei Kniegelenkentzündungen, insbesondere bei doppelseitigen, nicht nur im Kindesalter, sondern auch bei jugendlichen Erwachsenen, ätiologisch auch mit der Möglichkeit hereditärer Syphilis rechnen müssen. In diagnostisch zweifelhaften Fällen, sowie in Fällen, bei denen die gebräuchliche Therapie versagt, ist daher ein Versuch mit antiluetischer Behandlung gerechtfertigt und geboten. Diese Behandlung muß sehr energisch und lange durchgeführt werden, da die hereditär-syphilitischen Affektionen auf Hg und Jodkali oft nicht so prompt reagieren, wie die akquirierten. Grätzer.

A. Broca, Syphilitische Pseudoparalyse eines Neugeborenen. (Revue pratique d'obstétr. et de Pädiatrie. Juni 1903.) Diese merkwürdige Krankheit, welche eine Zeitlang als eine Lähmung, beruhend auf einer Erkrankung des Nervensystems angesehen wurde, hat als Grundlage, wie schon Parrot gezeigt hatte, eine syphilitische Erkrankung am unteren Ende des Oberarmknochens. Es handelt sich um gummöse Veränderungen, die vom Bindeknorpel, welcher sich zwischen Epiphyse und Diaphyse befindet, ausgehen, sich auf das Periost und die Knochensubstanz erstrecken und im weiteren Verlaufe sogar zu Kontinuitätstrennungen führen können. Die Bewegungslosigkeit des Armes ist eine Folge des Schmerzes und keine wirkliche Lähmung. Durch Palpation fühlt man sehr oft die verdickte Stelle und schreien dabei die kleinen Pat. schmerzhaft auf. Die Krankheit tritt einige Wochen nach der Geburt auf, meist vor dem sechsten Lebensmonate. Gewöhnlich findet man auch noch andere Zeichen hereditärer Lues, doch nicht immer. Während Parrot die Prognose auch für

das Leben als absolut schlecht angab, hat B. alle seine Pat. heilen gesehen; es muß hierbei nicht vergessen werden, daß früher alle diese in Hospitälern gepflegten Kranken an fehlerhafter Ernährung starben, nachdem die Lehren der Milchsterilisation u. a. noch unbekannt waren.

Bezüglich der Behandlung empfiehlt B. Quecksilbereinreibungen eventuell in Verbindung mit Jod, für schwere Fälle subkutane Injektionen.

E. Toff (Braila).

C. Hartmann, Über Tabes juvenilis und Lues hereditaria. (Aus dem Marien-Krankenhause Hamburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 51.) Die 20jährige Pat. leidet seit ihrem 13. Lebensjahre an starken neuralgiformen Gesichtsschmerzen. Mit 17 Jahren traten zum ersten Male Erscheinungen von seiten des Sehnerven auf. Zurzeit besteht starke Atrophia nervi optici, ausgeprägtes Westphalsches und Rombergsches Phänomen.

Der Krankheitsprozeß schreitet sehr langsam vorwärts, und ist namentlich die lange Dauer des neuralgiformen Stadiums auffallend. Parästhesien an den Extremitäten waren nie vorhanden, an ihre Stelle traten die heftigsten, periodisch wiederkehrenden Schmerzanfälle im Gesicht bezw. in den Gesichtsknochen, verbunden mit einer vasomotorischen Störung, indem zur Zeit der Schmerzanfälle die Haut der betroffenen Gesichtspartien der Sitz einer kongestiven Hyperämie ist, empfunden von der Pat. als brennend heißes Gefühl im Gegensatz zu den in die Tiefe hinein lokalisierten Knochenschmerzen.

Der ätiologische Zusammenhang mit hereditärer Lues ist hier durch die Anamnese ziemlich klar gegeben. Die eingeleitete antiluetische Kur hatte keinen wesentlichen Erfolg.

Grätzer.

O. Marburg, Klinische Beiträge zur Neurologie des Auges. Infantile und juvenile Tabes. (Aus der II. Univers.-Augenklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 47.) Eigene Beobachtung. Betrifft einen im Säuglingsalter durch die Amme infizierten Knaben, der, jetzt 10jährig, beginnende Optikusatrophie neben Lichtstarre bietet; Westphalsches und Rombergsches Phänomen sind angedeutet.

Zusammenstellung von 34 Fällen aus der Literatur von infantiler und juveniler Tabes und statistische Untersuchung betreffs Auftretens der einzelnen Symptome, ätiologischer Faktoren usw. 22mal war hereditäre Lues, 4mal erworbene zu eruieren. Neuropathische Disposition, sowie das Überstehen von Infektionskrankheiten scheinen prädisponierend zu wirken. Sehr häufig ist die Beteiligung des Optikus, die früh einzusetzen pflegt. Selten ist schwere Ataxie. Die Optikusatrophie hat offenbar einen gewissen Einfluß auf Verlauf und Charakter der Tabes.

Weitere Einzelheiten lese man in der interessanten Arbeit selbst nach.

Grätzer.

L. H. Mettler, Syphilis as a Cause of Chorea. (American Journal of the medical Sciences. September 1903.) Verf. teilt einige Originalbeobachtungen über Chorea luetischen Ursprungs mit und resumiert seine Ausführungen in folgenden Sätzen:

1. Die Syphilis vermag in seltenen Fällen Chorea zu erzeugen. Daher denke man in jedem Fall von Chorea an diese Möglichkeit.

2. Chorea kann auf eine akquirierte sowohl wie auf eine hereditäre Syphilis folgen.

3. Die luetische Chorea tritt meist einseitig auf. Sie gehört zum praehemiplegischen oder posthemiplegischen Krankheitstypus, kann mit oder auch ohne anderweitige Reizerscheinungen vorhanden sein, und beruht wahrscheinlich auf einer funktionellen Reizstörung in der Gehirnrinde.

4. Man darf wohl annehmen, daß Chorea überhaupt nur ein Symptom darstellt. Sie ist der Ausdruck von Störungen im Gebiet des oberen motorischen Neurons.

5. Die Behandlung der luetischen Chorea ist eine streng antisyphilitische.

Leo Jakobi (New York).

D. Veszprémi und **M. Jancso**, Über einen Fall von Periarteriitis nodosa. (Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. 34. Heft 1. 1903.) Die bisher beobachteten wenigen Fälle von P. n. betrafen Personen im Alter von 24—52 Jahren. Um so bemerkenswerter ist es, daß es sich hier um einen 14jährigen Knaben handelt. Die ersten Krankheitserscheinungen traten $^1/_2$ Jahr vor dem Tode auf: urtikariaähnliches Exanthem, nach dessen Verschwinden in der Haut punktförmige Blutungen zurückblieben. Wenn der Knabe lag, verschwand der Ausschlag und verblaßten die Flecken, wenn er aufstand, erschienen beide, besonders an den Unterschenkeln, begleitet von schmerzähnlicher Empfindung. Die Diagnose wurde damals auf hämorrhagische Diathese gestellt.

4 Monate später — in der Zwischenzeit war das Befinden ein befriedigendes — wurde der Kranke bewußtlos in die Klinik gebracht. Es zeigten sich fortwährend krampfartige Anfälle. Im Urin wurde jetzt Eiweiß nachgewiesen. Verff., welche sich für eine Meningitis im Anfang entschieden hatten, kamen nach einer dieserhalb unternommenen Lumbalpunktion zu der Ansicht, daß eine Gehirnblutung vorliegen müsse. In den letzten Tagen vor dem Tode gesellten sich zu dem Krankheitsbilde auch noch Lähmungen und choreatische Bewegungen.

Die Sektion klärte den Fall auf. Es fand sich eine ausgedehnte meningeale Blutung. Die Koronararterien zeigten mehrfache Miliaraneurysmen mit Thrombose, ebenso fand sich an den Magen- und Darmarterien eine ausgesprochene Periarteriitis nodosa. Als weitere Befunde wären noch zu erwähnen: fettige Degeneration des Herzmuskels und embolische Infarkte der Nieren. — Die Untersuchung des Gehirns und seiner Häute, der Lungen, der Milz und der Leber ergab, was die Erkrankung der Arterien anbelangt, einen negativen Erfolg.

Verff. glauben in ihrem Falle die Lues, sowohl die akquirierte wie die kongenitale, ausschließen zu müssen. Die letztere mit dem Hinweis, daß diese sich in einem so späten Stadium nicht manifestieren könne. In letzter Zeit teilte jedoch Jordan[1]) eine Beobachtung von

[1]) Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 31.



hereditärer Spätsyphilis mit, bei welcher es sich um einen 22(!)jährigen Mann handelte. Schridde (Erlangen).

M. Simmonds, Über Nebennierenschrumpfung bei Morbus Addison. (Virchows Archiv. Bd. 172. Heft 3. 1903.) Über die Ätiologie der bei M. A. hin und wieder angetroffenen Nebennierenschrumpfungen, die Monti auch bei einem 10jährigen Knaben (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 4. S. 319) beschrieben hat, haben die Untersuchungen von S. auch noch keine Klarheit gebracht. Vielleicht spielt bei den doppelseitigen Schrumpfungen des Nebennieren die Syphilis eine Rolle. Es wird sich deshalb bei solchen Fällen empfehlen, aufs sorgfältigste nach luetischen Veränderungen zu forschen.

Schridde (Erlangen).

E. Vollmer, Über hereditäre Syphilis und Hämatoporphyrinurie. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 65. Heft 2. Mai 1903.) Verf. beobachtete bei einer 45 Jahre alten Pat. neben schwerer hereditärer Lues eine Hämatoporphyrinurie, welche vielleicht von den weitgehenden Schädigungen der gesamten Konstitution durch die Syphilis veranlaßt war. Einige ältere Geschwister der Pat. waren tot geboren, sechs jüngere leben. Pat. gibt an, als kleines Kind hautkrank gewesen zu sein. Dann wiederholten sich in Zwischenräumen Blaseneruptionen, welche in Eiterung übergingen, an Händen und Gesicht, wurden etwas geringer nach einer Kaltwasserkur, welche wegen allgemeiner Schwäche eingestellt werden mußte, und erschienen dann wieder in erhöhtem Maße. Infolge dieser eitrigen Abszesse waren die Augenbrauen vernichtet, die Lider narbig gespannt, die Augen kaum zu öffnen, die Nasenflügel verschwunden. Die Hände waren abnorm klein geblieben, die Finger verkrümmt, nur teilweise beweglich, die Nägel verkürzt. Pat. hatte nur geringen Appetit, sie klagte über Schmerzen in Kopf, Brust und Leib. Der burgunderrot gefärbte Urin enthält neben Albumen Hämatoporphyrin. Späterhin stellten sich noch eine Mittelohreiterung und Blutextravasate an den Schenkeln ein. Kuren mit Ung. ciner. und Jodkali blieben natürlich erfolglos gegenüber den Jahrzehnte alten Zerstörungen. Max Joseph (Berlin).

Sutherland und **Walker,** Interstitielle Nephritis bei hereditärer Syphilis. (The Brit. med. Journ. 25. April 1903.) Ein 16 Monate altes Kind zeigte typische Zeichen von kongenitaler Syphilis. Bei der Aufnahme im Krankenhause lag es im komatösen Zustande und völlig bewegungslos da. Unter urämischen Erscheinungen folgte der Exitus letalis. Die Sektion ergab außer syphilitischer Endarteriitis der linken, mittleren und vorderen Zerebralarterien akute Nephritis, die sich in einer diffusen Infiltration des interstitiellen Gewebes der Rinde kennzeichnete. C. Berliner (Aachen).

G. Carpenter, Syphilitische Nephritis bei einem Säugling. (The Brit. med. Journ. 12. September 1903.) Das sehr schwächliche Kind bekam 2 Wochen nach der Geburt einen Ausschlag. Als Verf. dasselbe 3 Wochen später zum ersten Male sah, litt es an Stockschnupfen und an einem abschuppenden Ausschlage der Handteller, Fußsohlen, der Ohren und anderer Körperteile. Die Lippen waren

oberflächlich ulzeriert. In den Glutäalfalten zeigten sich Ulzerationen, die sich bis in den Anus hinein erstreckten. Nase und Ohren waren teilweise mit gelben Krusten und Borken bedeckt. Am Gesäß befand sich eine Anzahl roter Papeln mit kraterförmigen, zentralen Vertiefungen. Eine Woche später schwollen die Augenlider an; das Gesicht bekam ein wachsfarbenes Aussehen. Es stellte sich in den nächsten Tagen Ödem der Beine und Arme ein. Der Urin war eiweißhaltig und enthielt hyaline und epitheliale Zylinder. Das Kind starb bald darauf.

Die Autopsie ergab unter anderen Befunden intensive Glomerulitis in den Nieren. Die Tubuli befanden sich im Zustande der katarrhalischen Nephritis.

Der Verf. beschreibt noch einen zweiten ähnlichen Fall aus seiner neueren Praxis. C. Berliner (Aachen).

J. Tyson and **C. H. Frazier**, A case of Decapsulation of the Kidney for Chronic Parenchymatous Nephritis. (University of Pennsylvania med. Bull. September 1903.) Enthusiastischer Bericht über die Edebohlssche Nierendekapsulation. Pat. war ein 9jähriges Mädchen, welches nach überstandenem Scharlach eine Nephritis davontrug. Das hartnäckigste Symptom war der immer wiederkehrende Aszites, so daß eine Lebercirrhose vermutet wurde.

Endlich entschloß man sich, eine Niere zu dekapsulieren. Der Erfolg war ein überraschender. Es trat reichliche Diurese auf und innerhalb 10 Tagen schwand der Aszites vollständig. Dagegen waren Zylinder im Urin immer noch sehr reichlich vorhanden. Daher wurde auch der anderen Niere ihre Kapsel abgezogen.

Nunmehr ist das Kind ein Bild der Gesundheit, obschon abnorme Formbestandteile im Harn fortbestehen.

Die beiden Autoren sind überzeugt, daß die Operation in diesem Falle ein Leben gerettet hat. Leo Jakobi (New York).

A. Sigogne, Contribution a l'etude de la néphrite au cours et dans la convalescence des angines aigues non spécifiques. (Inaugural-Dissertation. Paris. 1903.) Während jeder Halsentzündung, selbst wenn es sich nicht um Diphtherie handelt, soll systematisch der Harn auf Eiweiß untersucht werden, da sich Nierenentzündungen nicht nur während der Krankheit entwickeln können, sondern auch 15 Tage später. Der Prozeß kann vorübergehend sein oder Veranlassung zu chronischen Nephritiden, selbst zu Urämie geben. Prophylaktisch und kurativ soll Milchdiät eingeleitet werden. E. Toff (Braila).

W. Freund, Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Acetonurie bei diphtherieverdächtigen Anginen. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. September 1903.) Nach F. Blumenthal spricht, wenn die Differentialdiagnose zwischen Angina und Diphtherie schwankt, Acetonurie gegen letztere. Diese Angabe hat F. nachgeprüft. Er konnte gleich am Anfang bei mehreren auch bakteriologisch gesicherten Fällen von Diphtherie Aceton nachweisen; im ganzen fand sich solches

unter 15 Fällen Löfflerscher Diphtherie 8mal. Andererseits konstatierte er wiederholt bei follikulären Anginen, die durch Konfluenz der nekrotischen Pfröpfe Diphtherieverdacht nahelegten, sich aber nicht als solche erwiesen, das Fehlen von Aceton. Eine Gesetzmäßigkeit ist hier also gar nicht vorhanden. Grätzer.

A. Iwanow, Über Angina Vincenti und deren Komplikationen. (Aus der oto-rhino-laryngol. Univers.-Klinik zu Moskau.) (Deutsche Mediz.-Ztg. 1903. No. 101.) Die Angina Vincenti, durch eigentümliche spindelförmige Bazillen und Spirillen verursacht, galt bisher als eine rein lokale Erkrankung ohne Komplikationen. Erst in der letzten Zeit zeigten Beobachtungen, daß auch hier bisweilen ziemlich schwere Komplikationen vorkommen können. I. publiziert zwei Fälle. Der erste verlief sehr leicht, im zweiten aber traten in den Vordergrund Gelenkschmerzen so eigentümlicher Art, daß man sie kaum als rheumatische ansehen konnte. Sie begannen in der Gegend der Submaxillardrüsen derjenigen Seite, an der die Tonsille affiziert war, wobei die Drüsen selbst sehr wenig vergrößert waren, breiteten sich von hier nach unten dem Halse entlang aus, gingen dann auf die Gelenke der rechten Hand über, von einem auf das andere überspringend, ohne Schwellung der Gelenke, ohne Temperatursteigerung, und am meisten an neuralgische Schmerzen erinnernd. I. wäre betreffs der Deutung in Verlegenheit gewesen, wenn er nicht beim Studium der Literatur gesehen hätte, daß auch anderwärts schon öfters solche Gelenkschmerzen bei Angina Vincenti beobachtet worden sind und daß dabei zwei Momente in den Vordergrund traten. Zunächst das Vorhandensein von Streptokokken im Sekret der affizierten Schleimhäute neben jenen spindelförmigen Bazillen. Letztere wurden auch in dem ersten der Fälle I.s allein gefunden, im zweiten fanden sich daneben Streptokokken, und hier kam es eben zu der Komplikation. Es handelt sich da also nicht mehr um eine rein lokale Erkrankung, sondern die Streptokokken dringen weiter in den Organismus vor. Als der zweite Umstand, der das Auftreten von Komplikationen bedingt, müssen die Lokalisation der Erkrankung an den Schleimhäuten der Mundhöhle und die Größe derselben betrachtet werden. Die schwersten Komplikationen sind in den Fällen aufgetreten, in denen eine mehr oder minder ausgebreitete Stomatitis und Zungenaffektion bestand, während in Fällen, wo die Affektion nicht über die sich als Bollwerk gegen das Eindringen der Infektionserreger erweisenden Tonsillen hinausging, fast nie Komplikationen sich zeigen. Während in diesen letzteren Fällen die Prognose unbedingt günstig (die Therapie braucht nur in Spülungen mit Bor, Kal. chloric. oder Wasserstoffsuperoxyd zu bestehen) ist, muß man da, wo man Streptokokken findet, immer vorsichtig mit der Prognose sein und auch therapeutisch energischer eingreifen (Pinselung mit Chromsäure, Arg. nitr., usw.). Grätzer.

René Cruchet. Die diphtheritische Angina. (Archives de médecine des enfants. Juni 1903.) Verf. ist der Ansicht, daß trotz der bakteriologischen Diagnosen bei Angina es doch hauptsächlich auf die richtige Würdigung des klinischen Bildes ankäme. Eine

klassische Beschreibung der Krankheit ist zuerst von Bretonneau gegeben worden und dieselbe ist auch heute als mustergiltig angesehen. Es ist nicht immer notwendig, daß Klebs-Löfflersche Bazillen gefunden werden; oft findet man ganz verschiedene Mikroorganismen, und trotzdem bietet die Krankheit das klassische Bild der diphtheritischen Angina. In anderen Fällen wieder findet man die spezifischen Diphtheriebazillen, ohne daß die Krankheit die Bretonneauschen Charakter aufweist. Die Virulenz der Mikroorganismen ist nicht immer gleich, sondern zeigt im Gegenteil die größten Verschiedenheiten. Für die praktische Würdigung der Fälle seien in erster Linie die klinischen Symptome von Wichtigkeit, während die bakteriologischen Befunde erst in zweiter Reihe in Betracht kämen.

E. Toff (Braila).

K. E. Büsing, Beitrag zur Verbreitungsweise der Diphtherie. (Aus dem Bakteriolog. Institut zu Bremen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 38.) Eine Krankenschwester des Kinderkrankenhauses bekam Halsschmerzen und Heiserkeit, beachtete dies aber nicht, und ließ sich erst 14 Tage später durch die Mitschwestern bewegen, ärztliche Meldung zu machen. Man fand nur geringe Rötung vor, und es lag gar kein Verdacht auf Diphtherie vor. Da aber einige Tage vorher ein Knabe, den die Schwester gepflegt, an Diphtherie erkrankt war, und die Ätiologie dunkel war, wurde die bakteriologische Untersuchung vorgenommen. Kulturverfahren und Tierversuch ergaben reichlich Diphtheriebazillen, und als jetzt die Schwester gemessen wurde, hatte sie 39,5°, glaubte dabei, wie die ganze Zeit vorher, fieberfrei zu sein, und fühlte sich ebenso wohl, wie vorher. Nach einigen Tagen erkrankten noch zwei Kinder, welche von der Schwester mit gepflegt waren, an Diphtherie.

Dieser Fall mahnt wieder, gleich früheren, die Neisser und Cuno publiziert, das Pflegepersonal auch bei nur geringfügigem Diphtherieverdacht und beim Ausbruch von Saalepidemien, deren Quelle im Dunklen ist, auch ohne solchen, sofort einer bakteriologischen Untersuchung zu unterwerfen, die allein imstande ist, Aufklärung zu schaffen und einer weiteren Ausbreitung derartiger Epidemien entgegenzuarbeiten.

Grätzer.

B. Schick u. H. Ersettig, Zur Frage der Variabilität der Diphtheriebazillen. (Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien und dem serotherapeut. Institute daselbst.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 35.) Untersuchungen mit folgendem Ergebnisse:

1. Die aus klinischen Fällen von Bretonneauscher Diphtherie gezüchteten Löfflerschen Bazillen wachsen auf Agar und in Bouillon in zwei Formen, die sich ineinander überführen lassen.
2. Beide Formen zeigen positive Neissersche Körnchenfärbung.
3. Beide produzieren in nicht konstant verschiedenen Mengen Säure.
4. Die von ihnen erzeugten Toxine sind identisch und können durch Diphtherieantoxin neutralisiert werden.

5. Dem agglutinierenden Serum gegenüber verhalten sich beide Formen gleich. **Grätzer.**

Povl Heiberg (Däne), Die Länge des Diphtheriebazillus. (Hospitalstidende. 1902. No. 42.) Verf. versuchte die Durchschnittslänge des Diphtheriebazillus zu bestimmen durch Anwendung der zum Messen des Diameters der roten Blutkörperchen gewöhnlich benutzten Methode (Messen in einer, nur mit einem 0,14 mm dicken Deckgläschen bedeckten Hayems Zelle). Die Bazillen wurden schwach mit Fuchsin nach Salomonsons Methode gefärbt. Zum Messen wurde ein Kompensationsokular No. 6 mit einer homogenen Immersion $^1/_{12}$ (Zeiss) und einer Tubuslänge von 177 mm benutzt. Ein Teilungsstrich im Okularmikrometer entsprach 1,5 μ[1]; da ganze und halbe Striche gemessen wurden, entsprach die Genauigkeit beinahe 0,38 μ. Das Messen von 100 „kurzen" Diphtheriebazillen aus einer Serumreinkultur zeigte, daß die Durchschnittslänge 2,76 μ war, und aus der Tabelle geht hervor, daß die Verteilung um den Durchschnitt demselben Gesetze wie bei dem Messen von anderen Organismen folgt, nämlich dem exponentiellen Fehlgesetze.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Luigi Concetti, Rezidive und Rückfälle bei Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. No. 5. 1903.) Verf. teilt zunächst sechs Fälle mit, in denen es sich um Rückfälle bei einer Diphtherie handelte, d. h. um das Wiederaufflammen eines noch nicht ganz erloschenen Krankheitsprozesses; in allen Fällen fanden sich in der Zeit zwischen der scheinbaren klinischen Heilung und dem Rückfall Löfflersche Bazillen. Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluß, daß die Kinder nach glücklicher Überwindung einer Diphtherieinfektion so bald als möglich aus dem infektiösen Milieu, d. h. den Krankenabteilungen, herausgenommen werden und in für diesen Zweck zu errichtende Rekonvaleszentenheime auf dem Lande gebracht und dort gehalten werden sollten, bis die bakteriologische Untersuchung das definitive Verschwinden der Löfflerschen Bazillen ergibt. Wo das angängig ist, sollen sie während der Rekonvaleszenz im Krankenhause nach einer gewissen Zeit noch einmal einer prophylaktischen Injektion von 1000—2000 I.-E. unterworfen werden.

Unter mehr als 600 Diphtheriefällen hat Verf. nur 6 mal wirkliche Rezidive, d. h. Neuinfektionen beobachten können. Er teilt diese sechs Fälle gleichfalls mit. Während bei den oben erwähnten Rückfällen die zweite Attacke oft schwerer ist, als die erste, ist bei den wirklichen Rezidiven das Umgekehrte der Fall: in der ersten Gruppe sind unter sechs Fällen drei Todesfälle; die Fälle der zweiten Gruppe gingen alle in Heilung über. **F.**

Rosenstock (Königsberg i. Pr.), Die Immunisierung gegen Diphtherie. (Die Heilkunde. September 1903.) R. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die prophylaktische Seruminjektion gewährt den bedrohten

---

[1]) μ bedeutet Mikron.

Angehörigen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Schutz gegen Ansteckung.

2. Die Immunitätsdauer beträgt nicht mehr als 14 Tage.

3. In Fällen, in denen die prophylaktische Injektion zu spät gemacht worden ist, um den Ausbruch der Krankheit zu verhindern, verläuft diese nach Vornahme der therapeutischen Injektion ganz besonders leicht.

4. Die prophylaktische Injektion hat keinerlei gesundheitsschädliche Folgen.

Die möglichst frühzeitige Immunisierung der von Diphtherie bedrohten Angehörigen ist demnach auf das dringendste zu empfehlen. Es ist wohl anzunehmen, daß es bei konsequent durchgeführten prophylaktischen Impfungen gelingen würde, die Ausbreitung der Diphtherieepidemie wesentlich zu beschränken. Grätzer.

Ö. Stettner, Über präventive Seruminjektionen bei Diphtherie. (Budapesti orvosi ujság. 23. IV. 1903.) Verf. dieser Arbeit hebt die Häufigkeit der Spitalsinfektionen in solchen Instituten, wo Infektionskrankheiten das Hauptkontingent der Erkrankungen bilden, hervor. Im „Szt. László"-Hospital, wo St. tätig ist, hat man seit November 1902 das überaus praktische System eingeführt, jedes neuaufgenommene Kind mit 200 Immunitätseinheiten entsprechendem Serum zu impfen: dies wurde bei 500 Kindern durchgeführt; bei 300 Kindern wurde die Injektion wiederholt. St. teilt und befolgt die Ansicht Buchners, kleine Serummengen in zwei- bis dreiwöchentlichen Intervallen anzuwenden, und glaubt auf diesem Wege den Spitalinfektionen aus dem Wege zu gehen. Ernst Deutsch (Budapest).

Jvo Bandi (San Paulo, Brasilien), Über die Bereitung eines antibakteriellen Diphtherieserums. Sein prophylaktischer und Heilwert. (Zentralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde. Bd. 33. 1. Abteilung. No. 7. pag. 535.) Auf die theoretischen Erörterungen des Verf.s kann hier nicht eingegangen werden. Die Gewinnung des Serums geschieht in der Weise, daß dem serumerzeugenden Tier allmählich steigende Dosen von sensibilisierten — d. h. kurze Zeit hindurch mit spezifischem Serum behandelten — Diphtheriekulturen eingespritzt werden und alsdann das Serum des Tieres in der üblichen Weise gewonnen wird. Das so dargestellte Serum verfügt über ziemlich geringe antitoxische Eigenschaften, besitzt dafür aber eine allen anderen (vom Verf. untersuchten) Diphtherie-Sera nicht zukommende bakterientötende Kraft, die sich durch Agglutination usw. leicht kundgibt. Der prophylaktische und Heilwert dieses Serums ist bei künstlich infizierten Tieren, sowie bei erkrankten Kindern untersucht worden. Bei den Tierversuchen erwies sich das Serum als weitaus wirksamer im Vergleich zu anderen im Handel vorhandenen Sera. Von den 7 Fällen, wo es bei Kindern — stets mit gutem Erfolge — angewandt wurde, werden zwei besonders schwere Fälle ausführlich beschrieben. Beide Male mußte wegen enorm ausgedehnter Pseudomembranbildungen die Tracheotomie gemacht werden. Nach der Einspritzung von antibakteriellem Serum wurden ziemlich schnell die Pseudomembranen in großen Stücken ausgestoßen, und es trat

eine schnelle Genesung ein. Nach Ansicht des Verf.s sind gerade solche Fälle besonders für die Behandlung mit antibakteriellem Serum geeignet, da es hier darauf ankommt, die enormen Mengen von Bakterien möglichst rasch abzutöten. H. Walbaum (Göttingen).

F. Valagussa, Über den antitoxischen und heilenden Wert einiger Antidiphtherie-Sera. (Rivista di Clinica Pediatrica. Fasc. XI. 1903.) Verf. hat eine großen Anzahl von Antidiphtherie-Sera verschiedener Provenienz — darunter das Behringsche, das Pasteursche, des Paltaufsche und verschiedene italienische — auf ihren Heil- und Präventivwert geprüft. Er hat gefunden, daß ein großer Teil der käuflichen Präparate einen geringeren Wert an Immunitätseinheiten besitzt, als sie der Erklärung nach besitzen sollten. Ein Vergleich der Laboratoriumsversuche mit den Ergebnissen der klinischen Beobachtung ergab, daß ein direktes Verhältnis besteht zwischen dem Heilwert des Serums und seinem Gehalt an Immunitätseinheiten. Der progressive Verlust an I.-E., den ein Serum mit dem Altwerden erleidet, läßt sich in festen Ziffern nicht angeben. F.

Winselmann (Krefeld), Das Diphtherieheilserum in der allgemeinen Praxis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 50.) W. ist ein begeisterter Lobredner des Serums, das er für unfehlbar hält, wenn man es frühzeitig und richtig anwendet. Er hat es seit 1894 bei 250 Fällen, zum Teil recht schweren, benutzt und alle Pat. durchgebracht, auch hat er nie Nachkrankheiten erlebt. Die Diphtherie heilt jetzt in so viel Tagen, wie früher Wochen. W. injiziert sofort 1500 I.-E. und wiederholt dies, wenn das Fieber noch nicht gewichen, eventuell nach 12 Stunden. Meist genügt eine Injektion. Der Arzt macht sich eines Kunstfehlers schuldig, wenn er bei Diphtherie die Injektion unterläßt. Grätzer.

Monti, Zur Frage der Serumexantheme. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 35. Heft 5 u. 6.) Zur Verhütung von Serumexanthemen und Intoxikationserscheinungen empfiehlt M. bei Anwendung des Diphtherieheilserums folgende Vorsichtsmaßregeln.

1. Man wendet nur ein Serum an, welches ganz klar ist.
2. Wenn das Serum trübe ist, so erwärmt man dasselbe vor der Anwendung auf 35° C. und wendet dasselbe nur dann an, wenn nach wiederholter Erwärmung die Trübung vollkommen verschwunden ist.
3. Das gilt auch von den Serumsorten, die längere Zeit aufbewahrt werden und die einen weißen, flockigen Bodensatz ziehen. Derartige Serumsorten dürfen nicht angewendet werden, wenn der weiße, flockige Bodensatz nach wiederholtem Erwärmen nicht verschwindet.
4. Man wähle nur solche, hochwertige Serumsorten, die uns bei einem Kranken ermöglichen, trotz Wiederholung der Injektion die im speziellen Falle notwendige Anzahl von Antitoxineinheiten einzuspritzen, ohne hierbei eine größere Menge als 15 ccm Volumen von Serum in Anwendung zu bringen.
5. Vorsichtshalber wäre auch in jenem Falle, wo man genötigt ist, größere Volumina von Serum anzuwenden, die wiederholte Er-

wärmung auf 35° C., sogar bis auf 50° C. nach den vorliegenden Erfahrungen zu empfehlen, weil ohne Schädigung seiner Wirksamkeit auch bei Anwendung von größeren Volumina von Serum die etwa vorhandenen ursächlichen Momente für eine Intoxikation am besten beseitigt werden können. Hecker (München).

Emil Wieland, Das Diphtherieheilserum, seine Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 57. Heft 5.) Aus den klinischen und vergleichend statistischen Untersuchungen W.s lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Die Spitalstatistik, die klinische und namentlich die anatomische Beobachtung (Sektionsbefunde!) lehren übereinstimmend einen günstigen Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtherie und speziell auf die schwere, operative Eingriffe erheischende diphtheritische Larynxstenose.

Die Wirksamkeit des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie und speziell beim Krupp ist wesentlich eine lokale, gegen den örtlichen Krankheitsprozeß auf der Schleimhaut des Respirationstraktus gerichtete, und äußert sich ebensosehr in beschleunigter Rückbildung, als in Verhinderung weiterer Ausbreitung der gebildeten Pseudomembranen.

Die Leistungen der Serumtherapie sind desto zuverlässiger, je frühzeitiger die Behandlung einsetzt. Die Prognose des einzelnen Falles hängt jedoch nicht in erster Linie von der Krankheitsdauer, sondern vom Grade der bestehenden Allgemeininfektion ab, welcher unabhängig von der Krankheitsdauer durch die Virulenz der Infektion und durch die individuelle Giftempfänglichkeit bestimmt wird.

Die besten Erfolge erzielt das Heilserum bei den langsam verlaufenden (schwach toxischen) Fällen, bei denen es früher fast regelmäßig zum absteigenden Krupp und zum Erstickungstode kam. Sogar verschleppte Krankheitsfälle dieser Gattung geben unter Serumbehandlung noch gute Resultate.

Je rascher und toxischer der Verlauf (bei bösartigem Epidemiecharakter, virulenter Infektion, gesteigerter individueller Giftempfänglichkeit), desto geringer sind die Heilchancen der Serumbehandlung. Insbesondere lassen sich die im Baseler Kinderspital beobachteten Mißerfolge trotz frühzeitiger Serumbehandlung, mit einer Ausnahme, kaum anders, als durch die unzulängliche, vielfach mit der Lokalwirkung nicht schritthaltende Wirksamkeit des Heilserums gegenüber den giftigen Diphtherieprodukten solcher Fälle erklären. Bloß ganz frühzeitige, möglichst bald nach erfolgter Infektion ausgeführte Seruminjektionen gewähren bei toxischem Verlaufe mit einiger Sicherheit Aussicht auf Heilerfolg. (Beweis: die bisher ausnahmslos günstigen Resultate der Serumbehandlung bei den sogleich nach Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen „gespritzten" Spitalinfektionen.)

In den wenig günstigen Resultaten des Heilserums bei toxischen Fällen dürfte ferner in erster Linie der Grund zu suchen sein, weshalb die in Basel seit Jahrzehnten registrierten unregelmäßigen Schwankungen der städtischen Diphtheriemortalität seit Einführung der Serumbehandlung nicht verschwunden sind und auch in Zukunft nie ganz

verschwinden werden, und weshalb die Spitalletalität gerade der schweren, operativen Kruppfälle nach wie vor starken Wechseln unterliegt.

Angesichts der überwiegenden Lokalwirkung des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie bestehen einstweilen keine zwingenden Gründe, in den giftbindenden Eigenschaften des Serums nach Analogie der in vitro und im Tierkörper nachgewiesenen spezifischen Vorgänge das Hauptmoment für das Zustandekommen der Heilung auch beim Menschen zu erblicken. Vielmehr scheint, nach dem Ergebnis vorstehender Untersuchungen zu schließen, die Bedeutung des Serums gegenüber den toxischen Diphtherieprodukten zum größeren Teil in einer bloß indirekten, weitere Giftproduktion verhütenden prophylaktischen Wirksamkeit zu liegen, während die Unschädlichmachung der bereits gebildeten, rasch ins Blut und in die Gewebe aufgenommenen Toxine zum Teil wohl auch dem Heilserum, zum größeren Teil aber den verschiedenen giftwidrigen Faktoren, über welche der Organismus verfügt, überlassen bleibt.

Das Behringsche Serum ist somit nach unseren Untersuchungen ein zwar äußerst wertvolles, aber doch kein absolut, d. h. kein in allen Fällen klinisch echter Diphtherie, gleich sicher zum Ziel führendes Heilmittel. Andererseits lassen die in immer größerer Anzahl veröffentlichten Immunisierungsversuche Gesunder kaum mehr daran zweifeln, daß das Serum in fast allen Fällen mindestens für kurze Zeit ein überaus zuverläßiges Prophylaktikum ist. — Zur Vermeidung der namentlich bei schwerem Epidemiecharakter (Häufung toxischer Fälle) sicher zu erwartenden zahlreichen Mißerfolge der Serumbehandlung scheinen uns daher Maßnahmen zur Verhinderung der diphtherischen Infektion durch prophylaktische Immunisierung Gesunder und von Ansteckung Bedrohter (z. B. der Angehörigen Erkrankter) angezeigt zu sein. (Dauer des Impfschutzes drei Wochen!)

Hecker (München).

Oberwinter, Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen. (Aus dem Augusta-Hospital in Köln a. Rh.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 51 u. 52.) O. bezweifelt nicht das Vorkommen echter skarlatiniformer Serumexantheme, hält aber eine scharfe differential-diagnostische Kontrolle für sehr notwendig. Aus seinen eigenen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Die in den ersten fünf Tagen, besonders am dritten bis fünften Tage nach einer Seruminjektion bezw. nach der Hospitalaufnahme auftretenden, sprießlichen Exantheme sind mit großer Vorsicht zu beurteilen und werden sich in den allermeisten Fällen als echte Skarlatina entpuppen.

2. Der Beginn des Exanthems an der Injektionsstelle spricht durchaus nicht sicher für Serumexanthem, kommt vielmehr auch bei echter Skarlatina vor.

3. Für während der ersten Tage des Hospitalaufenthaltes bei echter Diphtherie auftretende Skarlatinaexantheme möchten wir bei einer größeren Anzahl von Fällen eine außerhalb des Hospitals erfolgte

primäre Doppelinfektion mit echter Diphtherie und Scharlach zugleich annehmen.

Grätzer.

E. R. Houghton, Death of a Foetus following an injection of Diphtheria antitoxin into the Mother. (Medical Record. 4. April 1903.) Eine schwangere Frau (8 Monate) bekam von einem Gesundheitsbeamten Diphtherieheilserum eingespritzt, da sie sich der Ansteckung ausgesetzt hatte. Sie spürte sofort etwas Unrechtes. Die bis dahin deutlichen Kindesbewegungen hörten an demselben Tage auf. Zwei Wochen später kam sie mit einem toten Kinde nieder. Das Neugeborene zeigte durch seine macerierte Haut, daß der Tod schon einige Zeit vorher eingetreten war. Die Art des Zusammenhangs zwischen Tod und Einspritzung ist rätselhaft.

Leo Jakobi (New York).

A. Rahn, Einige Bemerkungen über meinen Tubus und über das Herstellungsverfahren der Tuben überhaupt. (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 37.) R. hat an seinem Tubus Verbesserungen angebracht. So hat er noch eine kleinere Nummer für kleine ($^1/_2$—2jährige) Kinder anfertigen lassen, so daß jetzt fünf Nummern vorhanden sind. Der Tubuszapfen kam ins Kopfstück des Tubus, wo er den Membranen nicht den Weg versperrt.

R. erklärt als Material für Tuben nur geeignet gut poliertes und vernickeltes Metall; Gummi, Durit usw. sind alle für diesen Zweck zu rauh.

Grätzer.

J. v. Bókay, Neueres über lokale Behandlung des laryngealen Decubitus. (Orvosi hetilap. 1903. No. 21.) Auf Empfehlung O'Dwyers wendete v. B. bei 16 Fällen von Decubitus nach Intubation Bromtuben an, deren Hals mit Alaun imprägnierter Gelatine überzogen war. Die Erfolge waren überraschend gut, so daß Verf. dieses Verfahren für überaus empfehlenswert hält. Die 16 Krankengeschichten sind in extenso mitgeteilt.

Ernö Deutsch (Budapest).

Helot, Zwei Beobachtungen von primitiver Nasendiphtherie. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Januar 1903.) In einem dieser Fälle handelte es sich um einen 3jährigen Knaben, welcher seit 2 Wochen an Appetitlosigkeit, Fieber, Kopfschmerzen und schleimig-eitrigem, übelriechendem Ausfluße aus der Nase litt. Seit 3 Tagen war die Nase vollständig verstopft; der Rachen frei. Die lokale Untersuchung zeigte die Nasengänge von Pseudomembranen ausgekleidet und ergaben die Kulturen Diphtheriebazillen; auch die Einimpfung auf Meerschweinchen fiel positiv aus. Es wurden 10 ccm Antidiphtherieserum eingespritzt und war am folgenden Tage eine Besserung des Zustandes zu konstatieren. Nach 3 Tagen waren keine Pseudomembranen mehr sichtbar, nach 10 Tagen konnte der Kranke als geheilt betrachtet werden, doch blieb ein schleimig-eitriger Ausfluß zurück und konnten in demselben selbst nach 21 Tagen noch virulente Diphtheriebazillen nachgewiesen werden.

Der zweite Fall betraf ein $4^1/_2$jähriges Mädchen, welches seit 8 Tagen an Nasenbluten und schleimig-eitrigem Ausfluß aus dem

rechten Nasenloche litt, doch war der Allgemeinzustand ein recht guter. Bei der Untersuchung wurden dicke Pseudomembranen gefunden; mikroskopisch konnten Löfflersche Bazillen nachgewiesen werden. Einspritzung von 10 ccm Antidiphtherieserum. Nach 7 Tagen waren die Pseudomembranen verschwunden und nach weiteren 7 Tagen fiel die Untersuchung auf Diphtheriebazillen negativ aus.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

XV. Sitzung am 8. November 1903 zu Köln.

1. Maas (Aachen): **Hörstummheit.** Das Ausbleiben der Sprachentwicklung bei Kindern trotz ausreichenden Gehörs nennen wir Hörstummheit. Coen sieht die Ursache der Hörstummheit in erblichen Verhältnissen, Alkoholmißbrauch seitens der Eltern und Kinder, Ehen unter Blutsverwandten, traumatischen und psychischen Einwirkungen. Gutzmann nimmt für einen Teil der Fälle psychische Hemmungen an, hervorgerufen durch verunglückte Sprechversuche, für einen andern Teil macht er die adenoiden Vegetationen verantwortlich. Treitel und Liebmann führen die Hörstummheit auf Defekte der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses zurück. Der Vortragende schließt sich der Anschauung der beiden letztern Autoren an. Den adenoiden Vegetationen ist nur eine geringe Bedeutung für die Entstehung der Hörstummheit beizumessen; ebensowenig konnten psychische Hemmungen konstatiert werden. Man kann drei Formen der Hörstummheit unterscheiden: 1. die sogenannte motorische Form, bei der vollständiges Sprachverständnis vorhanden ist, 2. die motorisch-sensorische Form, bei der Sprachverständnis nur für einzelne Worte (aber nicht für ganze Sätze) vorhanden ist, 3. die sensorische Form oder psychische Taubheit, bei der trotz ausreichendem Gehör keine Spur von Sprachverständnis nachzuweisen ist. Die Diagnose gründet sich auf eine eingehende Untersuchung sämtlicher zentraler Fähigkeiten. Differentialdiagnostisch kommt Taubstummheit und idiotische Stummheit in Betracht. Die Prognose richtet sich im wesentlichen nach dem Grade der geistigen Defekte. Die Behandlung besteht in der Entwicklung der einzelnen Laute eventuell unter Benutzung bestimmter Handgriffe, ferner in der Ausbildung sämtlicher zentralen Fähigkeiten. Die Dauer der Behandlung ist bei täglich $^1/_2$ stündiger Konsultation auf 4—5 Monate zu berechnen. (Der Vortrag ist in den „Würzburger Abhandlungen“ Bd. III Heft 11 erschienen.)

Im Anschluß an den Vortrag wurde ein hörstummes Kind demonstriert. Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, der bis vor einigen Monaten nicht sprechen konnte. Die spontane Sprache bestand beim Eintritt in die Behandlung in den Worten: Mama, Papa, Tauta (Gertrud). Eine Untersuchung der zentralen Fähigkeiten ergab Defekt des optischen Gedächtnisses und der optischen Aufmerksamkeit. Bei der Behandlung trat der Gedächtnisdefekt in besonderem Maße hervor. Der Knabe war ursprünglich nicht in der Lage, einen einzelnen Laut, den er eben nachgesprochen hatte, aus dem Gedächtnisse zu wiederholen. Die Sprachentwicklung ist jetzt so weit gediehen, daß der Knabe kleine Sätze sprechen kann.

2. Rey (Aachen): **Enuresis bei Kindern** (mit Ausschluß der auf Idiotie, Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen basierenden Fälle). An einer Reihe eigner Beobachtungen sucht R. darzulegen, daß die Enuresis nocturna der Kinder sehr häufig in Verbindung mit Pollakiurie und Enuresis diurna vergesellschaftet vorkomme, und daß sie in den meisten Fällen ein Symptom noch bestehender Cystitis sei,

oder doch die Folge von Reizzuständen der Blase, wie sie nach überstandener Cystitis auch bei Erwachsenen fast regelmäßig noch nach Jahren bestehen bleiben, oder wie sie durch Anomalien des Urins (Ammoniakharn bei Säureintoxikation, starker Harnsäuregehalt, Phosphaturie, Harngries) hervorgerufen werden. Alle für die Erklärung dieser im Kindesalter so häufigen und hartnäckigen Erkrankung als einfache Funktionsstörung angezogenen Gründe sprechen noch vielmehr für eine bestehende Cystitis oder doch für die nach abgelaufener Cystitis verbleibende Reizbarkeit der Blase. Insbesondere bespricht er die Häufigkeit des Vorkommens und die leichte Möglichkeit des Übersehens einer Colicystitis, die Häufigkeit des Ammoniakharns infolge Säureintoxikation und deren Folgezustände. Selbst ganz klarer Urin beweise nichts gegen die Annahme einer abgelaufenen Cystitis und restierenden Empfindlichkeit der Blase; die häufige Anwesenheit von Schleim in dem ganz klaren Urin spreche sehr dafür. Allerdings spiele das psychische Moment auch eine Rolle dabei, es bestehe jedoch in den aus Cystitis entstandenen Enuresisfällen vielfach nur in der mangelnden Gewöhnung, in der Gewohnheit im Schmutz zu liegen, die aus der anfänglichen Unfähigkeit im Säuglingsalter bei bestehender Cystitis sich entwickle und auch später verbleibe, unterhalten durch die verbleibende Reizbarkeit der Blase. Ein intensiver psychischer Einfluß, Katheterisierung, elektrischer Strom in Ano oder in der Urethra, Operation adenoider Vegetationen vermöge zumal bei schon älteren Kindern die bestehende Gleichgültigkeit zu beseitigen, falls die Blasenerkrankung geschwunden oder nur sehr gering sei. Daß längerer Spitalaufenthalt, besonders längere Bettruhe und gleichmäßige reizlose Diät im Spital eine Cystitis und daher auch eine sonst unheilbare Enuresis zeitweise oder auch für immer beseitigen könne, sei außer Zweifel, spreche aber keineswegs für monosymptomatische Hysterie.

Diskussion: Ungar (Bonn) weist darauf hin, daß die adenoiden Vegetationen häufig die Ursache der Enuresis seien und nach deren Entfernung verschwinde die Enuresis nicht selten sofort.

Paffenholz hat nicht so häufig wie der Vortragende greitbare pathologische Veränderungen des Urins gesehen und meint, daß die meisten Fälle von Enuresis ohne solche bestehen.

Selter möchte den Begriff des Wortes Enuresis enger fassen und zwar nur für die auf nervöser Basis beruhenden. Das sind die Fälle, die wir nach Jahren und allerhand vorheriger Behandlungen (auch nach Entfernung der Adenoiden) bestehen sehen und psychisch behandelt (Suggestion) langsam heilen.

Dreher hat jeden Fall von Enuresis auf adenoide Vegetationen untersucht und sie fast immer gefunden. Er konnte jedoch nie eine unmittelbare Wirkung der Operation feststellen. In manchen Fällen verschwand allerdings die Enuresis aber erst nach längerer Zeit, so daß ein Zusammenhang nicht recht anzunehmen war. Er führt jede unmittelbare Wirkung, die nach der Operation der Adenoiden oder nach anderen Eingriffen (Prostatamassage, Faradisation usw.) auftreten soll, auf psychischen d. h. suggestiven Einfluß zurück.

Rey (Schlußwort) weist darauf hin, daß auch klarer Urin vermehrte Harnsäure enthalten, im Sediment reichlich Schleim vorhanden sein könne, aber selbst beim Fehlen jedes Befundes könne die von früherer Cystitis restierende Reizbarkeit bestehen. Eine Einengung des Begriffes Enuresis im Sinne Selters ist, so lange die Ätiologie der Enuresis nicht in jedem Falle ganz einfach und klar, kaum möglich. Obschon R. gewiß auf die adenoiden Vegetationen in jedem Falle geachtet hat, so ist ihm ein besonderer Einfluß derselben kaum aufgefallen.

3. Heimann (Solingen) berichtet über eine **Epidemie eines akuten Exanthems,** das im Frühjahr 1903 in Solingen beobachtet wurde. Das Exanthem begann im Gesicht, bevorzugte die Wange und die Streckseite der Extremitäten. Die Wangen waren in diffuser Weise gerötet, an der Peripherie der diffusen Rötung waren kleinere rote Flecke sichtbar. Auf der Streckseite der Extremitäten entwickelten sich blaßbläulichrote Flecke, die stellenweise konfluierten. Das Exanthem blieb 8 Tage lang bestehen. Allgemeinbefinden war ungestört, nur manchmal zu Beginn leichte Temperatursteigerung und geringe Rötung des Rachens. In mehreren Fällen konnte festgestellt werden, daß die verschiedenen Geschwister nacheinander erkrankten. Das Exanthem gehört in die Gruppe des von Tschamer, Tobeitz, Sticker, Schmidt und vielleicht auch Tripke beobachtete Exanthem. Es ist von prak-

tischer Bedeutung wegen der Möglichkeit einer Verwechslung mit Masern und Scharlach und wird von H. wegen Ähnlichkeit mit den Masern mit dem Epitheton „morbilliforme“ belegt: Erythema infectiosum morbilliforme.

Diskussion: Kaupe berichtet über ein epidemisch aufgetretenes Exanthem, was in Dortmund und Umgebung 1902/03 zur Beobachtung kam und sich durch äußerste Infektiosität auszeichnete. Inkubationszeit 14—15 Tage. Dasselbe glich manchmal Masern, manchmal — und dieses häufiger — Scharlach im Stadium des Erblassens. Keine Prodromalerscheinungen von seiten des Bronchialbaumes oder Intestinaltraktus. Fieber fehlt oder ganz mäßig. Exanthem tritt plötzlich auf, zuerst im Gesicht, sehr häufig auf der Stirn zuerst und zeichnet sich durch seine Blässe aus. Der Ausschlag verschwindet nach 2—4 Tagen. Die Schuppung, die nach einigen Tagen beginnt, ist eher einer Scharlachschuppung ähnlich als der nach Masern. Leider bekommt man die Abschuppung, da die Kinder sich der Behandlung wegen des guten Allgemeinbefindens entziehen, sehr selten zu sehen. Folgeerkrankungen sind bisher wenig beobachtet, bei 2 Patienten Gingivitis. Auffallend bei diesem Exanthem war, daß die meisten Kinder vorher Masern und diese auch 2 mal oder Scharlach oder aber beides schon überstanden hatten.

Alsberg (Kassel) berichtet über eine kleine Epidemie, die er in Berlin beobachtet hat und die sich als gutartig erwies, keine Anklänge an Masern und Scharlach darbot. Schuppung wurde nicht beobachtet. Ferner erwähnt er einen Fall bei einem 4monatlichen Säugling, der mit leichter Angina und leichten dyspeptischen Störungen erkrankte. Nach $1^1/_2$ Tagen verschwand das Exanthem, keine Schuppung, keine Komplikationen. Nach 2 Wochen erkrankte das ältere der Geschwister, das bereits Scharlach wie Masern überstanden hatte, unter gleichem Krankheitsbilde und Verlaufe.

Selter: Die persönliche Kenntnis dieser Erkrankung habe ich erst aus diesem Frühjahr; berichtet wurde bisher über diese Erkrankung nur aus Gießen, dann Koblenz, Köln und jetzt Solingen und Dortmund. Mit Scharlach ist das Exanthem nicht zu verwechseln.

Heimann (Schlußwort): Die Inkubation dauert nach den bisherigen Beobachtungen 8—16 Tage. Die Schuppung, die Kaupe bei seiner Epidemie beobachtet, wird von den andern Autoren in nicht so ausgedehntem Maße beobachtet; daß die Stirn in so hervorragender Weise beteiligt ist, wird von keinem derselben berichtet. Die Dauer des Bestehens des Exanthems scheint etwas zu schwanken, die meisten Beobachter berichten von einer 8tägigen Dauer, während Sticker es in 4—5 Tagen verschwinden sah. Säuglinge haben außer Tripke keine Beobachter erkranken gesehen.

4. Dreher (Düsseldorf): **Über Tics im Kindesalter und ihre Behandlung.** Unter Mitteilung einiger Krankengeschichten erklärt Vortragender zunächst das Wesen der Tics an der Hand der neuern Literatur (Oppenheim, Brissaud, Meige und Feindel, usw. sodann hebt er die charakteristischen Unterschiede zwischen dem echten „Tic“ und „Krämpfen“ hervor, die vielfach „Tic convulsif“, „rotatoire“ usw. genannt werden, und geht endlich zu seinen Beziehungen zu andern Erkrankungen, insbesondere Hysterie und Neurasthenie über. Zum Schlusse bespricht er die von Brissaud eingeführte Behandlungsweise mittels Spiegelkontrolle, die im wesentlichen auf Kräftigung des Willens der Erkrankten sowie auf Unterweisung, wie sie ihre Bewegungen unterdrücken, kontrollieren und korrigieren sollen, hinausläuft. Als Beispiel dieser Behandlung dient ihm die Schilderung der Heilung eines Falles von Blinzeltic aus seiner Praxis.

Paffenholz hält die beschriebenen Zustände für die Folgen der Gewohnheitsbewegungen innerhalb physiologischer Grenzen, wie auch bei Erwachsenen sich für viele automatische Handlungen Leitungsbahnen spezifischer Art „ausschleifen“. Im Kindesalter kommen zwei begünstigende Momente hinzu: die vielleicht größere Empfänglichkeit des Nervensystems für die Bildung solcher Leitungsbahnen und die geringere Widerstandskraft des Willens gegen deren Leistungen.

Rey weist darauf hin, daß Blinzeltic sehr häufig die Folge einer noch bestehenden Konjunktivitis sei und dann, wenn er nach deren Beseitigung verschwinde, kaum zu den Tics gerechnet werden könne.

Ungar erwähnt eine Reihe von Fällen, wo Kinder kurz nach dem Einschlafen beständig den Kopf mit ziemlicher Gewalt gegen die Bettlade anschlügen und nach Aufwecken aufmerksam gemacht sobald sie wieder eingeschlafen, diese Bewegung automatisch wieder aufnähmen.

Alsberg teilt mit, daß die von Ungar bezeichnete Form von Crudet-Berdeleur beschrieben ist und fragt Dreher, ob und inwieweit Gymnastik in der Therapie der Ticfälle angewandt ist.

Weyl (Düsseldorf) hat einen dem von Ungar besprochenen ähnlichen Fall beobachtet. Achtjähriger Knabe, der im Schlafe fortwährend Spasmus nutans-ähnliche Schüttelbewegungen des Kopfes machte, die so heftig waren, daß das Kopfkissen aus dem Bett geworfen wurde und erst nach Anlegung eines fixierenden Verbandes nach ca. 2 Monaten schwanden. Zu dieser Art von Tics gehört auch wohl das so häufig vorkommende Zähneknirschen im Schlafe bei älteren Kindern.

Ungar (Köln): Zu einer Art „Tic“ in dem Sinne, wie ihn Kollege Dreher beschrieben hat, möchte ich auch das gewohnheitsmäßige Rauchen rechnen. Ich glaube, daß uns hierzu ebensosehr wie die Sucht nach dem Nikotin die uns lieb gewordenen Bewegungen treiben.

Lamm (Köln): Mit Rücksicht darauf, daß die Behandlung des Kindes mit Tic in der Hauptsache eine psychische ist, diese Kinder aber anderseits aus Familien stammen, die entweder selbst neuropathisch veranlagt oder doch nicht energisch genug sind zur Erziehung, erscheint es mir wesentlich, diese Kinder in eine veränderte Umgebung zu bringen, etwa in Kindersanatorien.

5. Für den abwesenden Behr demonstriert Selter zwei **fibrös-cystisch entartete Nieren.** Bei einem Kinde, das keine sonstigen krankhaften Erscheinungen darbot, fanden sich gleich nach der Geburt in der rechten und linken Unterbauchgegend je ein faustgroßer, wenig verschieblicher Tumor. Gewicht bei der Geburt 3100, bei dem nach 6 Wochen erfolgten Tode 2160 g. Bei der Sektion stellten sich die Tumoren als vergrößerte Nieren heraus (Maße: linke Niere $^8/_3$, $^5/_2$, rechte etwa 1 cm kürzer, schmäler, dicker). Farbe der Nieren graurot, fötale Furchung, derbe Konsistenz, Kapsel stellenweise adhärent, auf der Oberfläche stecknadelkopfgroße und größere helle Cysten, auf dem Durchschnitt Zeichnung verwaschen, weiße unregelmäßige Streifen, Cystchen, Papillen stumpf, Becken fibrös verdickt, weit. Nierengefäße ohne Besonderheit. Rechter Ureter im obern Abschnitt weit, in der Mitte verengert, aber durchgängig, linker Ureter normal. Mikroskopisch starke interstitielle Bindegewebswucherung, zystische Entartung der Kapselräume, weniger der Harnkanälchen, wohl bedingt durch die interstitielle Nephritis. Ein von Arnold in Zieglers Beitr. z. path. Anatomie VIII. 1890 mitgeteilter Fall einseitiger Nierenschrumpfung zeigt Ähnlichkeit mit dem mikroskopischen Bild des vorliegenden.

Zur Diskussion: Alsberg (Kassel) berichtet über eine Beobachtung, bei der er auf der rechten Seite eine zystische Degeneration fand, die die Form der Nephritis papillaris darbot, links hingegen die der adenomatösen Bildung. Rechts Erweiterung mit nachfolgender Stenose, fernerhin eine Atresia urethrovaginalis rechts, urethrouterina links, Atresia vaginalis et alvi.

Selter: Die Stenose des einen Ureters kann für die kleine zystische Degeneration beider Nieren nicht herangezogen werden. Überhaupt ist diese Form der zystisch-fibrösen Entartung nicht der entsprechend, die Alsberg zitiert und als Folge stenotischer Verengerung anzusehen ist.

6. Rey demonstriert darauf ein unter dem Namen **Liliput** eingeführtes Phonendoskop, das für den Kinderarzt besonders eine ganz enorme Erleichterung und Verschärfung der Auskultation bedeutet. Bei einer großen Handlichkeit, geringem Volumen, Einfachheit und billigem Preise (5 Mk.) ermöglicht es in stets bequemer Stellung des Untersuchenden den ganzen Thorax, Supra- und Infraklavikulargruben, Achselhöhle, auch die Herzostien aufs genaueste zu auskultieren, ohne den Patienten aus dem Auge zu lassen und ohne ihn aufzuregen. Nebengeräusche im Apparat entstehen bei ruhigem Halten gar nicht, Geräusche der Umgebung oder Schreien des Kindes stören bedeutend weniger als bei direktem Auskultieren oder mittels Stetoskops. Die zu auskultierenden Geräusche sind bedeutend verstärkt, ohne in ihrem Charakter verändert zu erscheinen. Wer das in der Tasche leicht transportable Instrument einmal kennt, wird es nicht mehr entbehren wollen.

Rey (Aachen).



Naturforscherversammlung in Kassel.

(Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 42.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

IV. Sitzung vom 23. September 1903, Vormittag 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Ganghofner (Prag).

1. J. Comby (Paris): **Tuberculides cutanées.**

Der Vortragende schlägt vor, die Bezeichnung Lichen scrofulosorum in Tuberculides cutanées umzuwandeln; denn es handelt sich tatsächlich um eine Miliartuberkulose der Haut. Seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Koch haben mikroskopische Untersuchungen und Tierimpfungen (Meerschweinchen) jeden Zweifel an der tuberkulösen Natur dieser Krankheit beseitigt, deren klinische Symptome freilich allein schon für ihre Zugehörigkeit zur Tuberkulose sprachen. Der Lichen scrofulosorum hat nicht nur enge Beziehungen zu der Tuberkulose, sondern auch zu den Masern, welche dieselbe hervorrufen oder ihren Fortschritt begünstigen. Vortragender hat 5 Fälle beobachtet bei Kindern verschiedenen Alters, unter den bekannten Erscheinungsformen. Bei allen Kindern waren auch andere tuberkulöse Herde (Drüsenschwellungen usw.) vorhanden, zum Teil durch die Autopsie bestätigt. Bei 2 Kindern folgte die Eruption Masern, bei 2 andern Keuchhusten nach. Vortragender geht weiter auf die Rolle der Masern ein, sie ist nach seiner Ansicht die eines „agent provocateur“, die Kinder haben schon mehr oder weniger lang an Tuberkulose gelitten. Die Masern haben dann die Bazillen der alten Herde mobilisiert und das Resultat ist die „hämatogene“ Hauttuberkulose. Die begünstigende Wirkung des Keuchhustens stellt sich C. in gleicher Weise vor. Der Lichen scrofulosorum ist keine ernsthafte Erkrankung und heilt gewöhnlich von selbst aus, er hat aber den großen Wert eines sinnfälligen Zeichens einer versteckten tiefen Tuberkulose. Immer ist deshalb bei dieser Krankheit nach andern tuberkulösen Affektionen zu fahnden und energisch allgemeine antituberkulöse Maßnahmen zu ergreifen gegen eventuelle Erscheinungen viszeraler Tuberkulose.

2. Stoeltzner (Berlin): **Farbenanalytische Untersuchungen an rachitischen Knochen.**

Nach Stoeltzner färbt sich in frisch abgestorbenen rachitischen Knochen das verkalkte Knochengewebe weder mit sauren, noch mit basischen Farben, das osteoide Gewebe dagegen intensiv mit sauren Farben und außerdem deutlich mit Fettfarbstoffen. In Alkohol oder Formalin fixierte, hierauf entkalkte und schließlich in Zelloidin eingebettete Objekte zeigen keine sichere farbenanalytische Differenzierung der osteoiden von der verkalkt gewesenen Substanz. Die Färbbarkeit des osteoiden Gewebes mit Fettfarben ist verschwunden. Die von Stoeltzner und Salge seinerzeit in den Knochen von mit Nebennierensubstanz behandelten Rachitisfällen gefundenen eigentümlichen „Kugeln“ hat Stoeltzner jetzt auch in einem Falle von nicht behandelter Rachitis angetroffen; diese „Kugeln“ sind vermutlich Artefakte, die erst im Verlaufe der Präparation (Entkalkung und Zelloidineinbettung) entstehen.

3. Stoeltzner (Berlin): **Die Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozeß.**

Stoeltzner hat in 3 mit Phosphor behandelten Fällen von Rachitis die Knochen histologisch untersucht. In keinem der Fälle ließ sich an den untersuchten Knochen eine Phosphorsklerose nachweisen, auch sprachen die histologischen Verhältnisse in keinem der Fälle für eine Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozeß. Da jedoch alle 3 Fälle mit hochgradiger allgemeiner Atrophie und mit schweren Komplikationen verbunden waren, betrachtet Stoeltzner seine negativen histologischen Befunde nicht als Beweismittel gegen den Nutzen der Phosphorbehandlung der Rachitis schlechthin, von deren Wirksamkeit er im Gegenteil überzeugt ist. Stoeltzner zieht aus seinen Untersuchungen nur den einen Schluß, daß der Phosphor in schwer komplizierten Fällen von Rachitis wirkungslos bleibt, daß man also in solchen Fällen von der Verordnung des Phosphors Abstand nehmen kann.

4. F. Siegert (Straßburg): **Die Erblichkeit der Rachitis.**

Die bisher gänzlich offene Frage, ob die Rachitis eine erbliche Erkrankung



ist, entscheidet S. in bejahendem Sinne durch den Nachweis, daß unter ungünstigen sozialen Verhältnissen in den gleichen Massenquartieren bei übergroßer Kinderzahl sämtliche Kinder von Familien rachitisfrei bleiben oder erkranken, je nach fehlender oder überstandener Rachitis der Eltern, besonders der Mütter. Nur bei natürlicher Ernährung und nur, wo schwere Erkrankungen der Verdauungs- und Atmungsorgane in den zwei ersten Lebensjahren fehlten, fanden sich sämtliche Kinder rachitisfrei.

Die Prüfung eines großen Materials führt den Vortragenden zu folgenden Schlüssen:

Die Herediät ist eine der wichtigsten ätiologischen Faktoren der Rachitis. Sie wird hauptsächlich durch die Mutter vererbt. Sie tritt milder und später auf bei Brustkindern, nur in Ausnahmen vor dem dritten Lebensmonat. Aber auch schwerste Rachitisformen finden sich bei hereditär belasteten Brustkindern, während die natürliche Ernährung bei fehlender hereditärer Disposition das beste Schutzmittel gegen Rachitis bildet. Ungewöhnlich langes Stillen und hohes Alter der Mütter sind an und für sich keine direkten Ursachen der Rhachitis. Die Infektion als ätiologisches Moment ist ausgeschlossen, soziales Elend und Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane sind nächst der Heredität die hauptsächlichsten Ursachen. Zahnung und statische Funktionen des Kindes sind von konstitutionellen, erblichen Einflüssen abhängig.

5. F. Siegert (Straßburg): **Die rachitische Hand.**

Vortragender bespricht die eigenartigen Veränderungen der Hand bei Rachitis unter Demonstration zahlreicher Photographien und Radiogramme und bei gleichzeitiger Berücksichtigung der normalen Kinderhand und der bei Myxidiotie.

Typisch ist das verzögerte und unvollkommene Auftreten der Kerne der Karpalknochen und Epiphysen. Zuerst erkranken die Epiphysen der Ulna, dann des Radius, die distalen Enden der Metakarpen, die proximalen der ersten Phalangen, schließlich auch der zweiten und dritten Phalangen. Die rachitische Hand ist lang und schmal, die myxidiotische kurz und breit, in der Mitte steht die normale.

Nur bei reichlichem Fettgewebe, fehlendem Gewebsturgor und weitem Abstand der knöchernen Phalangen entstehen die typischen Perlschnurfinger durch Einschnürung aller Gelenke. Von einer Auftreibung der Phalangen ist niemals etwas vorhanden, diese sind im Gegenteil relativ schlank. Bei der Lues kommt unter gleichen Umständen die Bildung von Perlschnurfingern zustande, aber das Radiogramm zeigt die Bildung knöcherner Periostschalen, in denen der eigentliche Knochen liegt wie etwa eine Zigarrenspitze im Etui.

Gemeinsame Diskussion zu Stöltzner und Siegert.

Rommel (München) hebt die Wichtigkeit des Kalkstoffwechsels bei Rachitis hervor. Ein mit stark verdünnter Kuhmilch ernährtes Kind (z. B. $^1/_4$ Liter Milch + $^1/_2$ Liter Schleim pro Tag) bekommt zu wenig Kalk und zwar nur etwa 0,2 g (da in 1 Liter Kuhmilch etwa 1,6 g enthalten sind und nach Blauberg nur etwa 45 % retiniert werden) gegenüber einem Kalkbedürfnis von 0,3 g (Forster). Man sieht häufig bei Kindern, welche mit sehr verdünnter Kuhmilch ernährt worden sind, Kraniotabes, ohne daß später rachitische Symptome auftreten. R. wirft die Frage auf, ob Kraniotabes immer zur Rachitis gehöre. Eine gestörte Kalkresorption können wir nach den Untersuchungen von Riedel und von Rey ausschließen. Vielleicht ist aber die Kalkausscheidung in den Darm gesteigert. Nach Rey ist bei erhöhter Kalkzufuhr die Ausscheidung in den Darm bei gesunden Kindern eine allmähliche, bei rachitischen eine schnelle und plötzliche. R. hat in Breslau einen Kalkstoffwechsel bei Ernährung mit Buttermilch gemacht und eine negative Kalkbilanz gefunden. Vielleicht ist hier wichtig das Säuremoment. Eine erhöhte Fettsäurebildung bedingt vielleicht eine gleichfalls erhöhte Kalkausscheidung. Die Rachitis ist eine Ernährungsstörung im weitesten Sinne des Wortes.

Hochsinger (Wien) betont, daß die farbenanalytischen Methoden sehr wohl die Unterschiede zwischen osteoidem und verkalktem Gebiete zeigen. Bei atrophischen Kindern dokumentiert sich oft die Rachitis nicht so wie bei wohlgenährten. H. behauptet das Vorkommen kongenitaler Rachitis gegenüber Siegert. Aus Photographien von Händen allein kann man die Rachitis im Anfange nicht immer diagnostizieren, weil dieselbe oft an den Rippen beginnt. Kraniotabes ist ein rachitisches Symptom.

Gernsheim (Worms) spricht sich für die Heredität der Rachitis aus und zwar in 70—80 % und meist von seiten der Mutter. Mit Bezug auf die Ernährung glaubt er an eine Intoxikation bei Rachitis. Die Rachitis bei Brustkindern wird durch Beikost gebessert. Fette Kinder neigen mehr zu Rachitis als dürftig genährte.

Rey (Aachen) ist der Meinung, daß nicht so sehr die Rachitis selbst erblich sei, als sich die Gewohnheiten, die Kinder zu ernähren, in den Familien forterben, und diese Gewohnheiten kämen meist von der Frau.

Feer (Basel) meint, daß die Erblichkeit der Rachitis schwer zu beweisen sei; er hat nachgeforscht, wie es mit dem Vorkommen der Rachitis in der Höhe beschaffen sei. Er hat gefunden, daß sie nur bei Kindern von dort Eingewanderten vorkommt. Immunität gegen Rachitis gibt es nicht; gesunde, rachitisfreie Landleute bekommen, wenn sie in die Stadt ziehen, öfters rachitische Kinder. F. glaubt, das Vorkommen kongenitaler Rachitis noch nicht ausschließen zu sollen. Die anatomischen Verhältnisse sind noch unklar.

Rommel (München) schlägt Nachforschungen vor, ob gut genährte Parvenukinder frei von Rachitis bleiben; das würde gegen die Erblichkeit sprechen. Es gibt keine Rachitis ohne eine Ernährungsstörung im weitesten Sinne.

Stoeltzner (Schlußwort) gesteht der Heredität einen gewissen Einfluß auf das Entstehen der Rachitis zu, bestreitet aber das Vorkommen kongenitaler Rachitis. In der Demonstration von Siegert über die rachitische Hand bemerkt St., daß er bei stärkerer rachitischer Verbildung des Thorax in der Regel eine Verdickung der Nagelphalangen, ähnlich den bekannten Trommelschlägelfingern, gefunden hat. Die Ansichten von Rommel weist St. mit Entschiedenheit zurück, da die ganze „Kalktheorie“ endgültig widerlegt sei, ebenso bestreitet St. entschieden, Rey falsch zitiert zu haben. Daß die Kraniotabes zur Rachitis gehört, geht daraus hervor, daß man an den verdünnten Stellen immer abnorme Mengen von osteoidem Gewebe findet. Mit Hochsinger ist St. im allgemeinen einverstanden, gegen Gernsheim macht er geltend, daß die Fälle, in denen Zugabe von Beikost zur Brust auf die Rachitis günstig wirkt, jedenfalls Ausnahmen seien, da weit öfter das Umgekehrte stattfinde. Daß durch äußere Verhältnisse eine Immunität gegen Rachitis vorgetäuscht werden kann, geht daraus hervor, daß wilde Tiere, solange sie in Freiheit leben, nie rachitisch werden, während in den zoologischen Gärten die jungen Tiere derselben Arten außerordentlich häufig an Rachitis erkranken.

Siegert (Schlußwort) weist im allgemeinen die Ausstellungen zurück und spricht sich dahin aus, daß es keine kongenitale Rachitis gibt. Es gibt keine Rachitis ohne Rosenkranz. Das Wort Intoxikation für die Ernährungsstörung einzusetzen, führt uns nicht vorwärs. Der Klimawechsel ist für die Disposition zur Rachitis von Wichtigkeit. Es gibt jedenfalls rachitisfreie Familien.

6. A. Köppen (Norden): **Die tuberkulöse Konstitution.**

Es ist vorauszusetzen, daß es ohne Tuberkelbazillen keine Tuberkulose gibt; man kann deshalb der Untersuchung nach dem Wesen der Tuberkulose die Frage zugrunde legen: Wie verhält sich der menschliche Organismus dem eingedrungenen Tuberkelbazillus gegenüber? Der Tuberkelbazillus ist ein sehr kleiner, sehr giftiger, sehr schwer resorbierbarer, lebens- und fortpflanzungsfähiger Fremdkörper. Will der Organismus sich seiner erwehren, so hat er seinen Angriff in erster Linie degen die Giftigkeit zu richten. Der menschliche Organismus verhält sich gegen das tuberkulöse Gift ganz verschieden, je nachdem er tuberkulös ist oder nicht. Dies beruht auf der unterschiedlichen Lebensenergie der Zellen. Beim tuberkulösen Organismus ist die Empfindlichkeit erhöht, die Widerstandsfähigkeit erniedrigt. wo es sich um die Bekämpfung des tuberkulösen Giftes handelt. Ursprünglich ist die Lebensfähigkeit der Zellen durch verschiedene Einflüsse, welche als Disposition bezeichnet werden, herabgesetzt worden, wodurch das tuberkulöse Gift sich fortsetzen und vermehren konnte. Die Folge davon war, daß aus der allgemeinen Schwäche sich die Schwäche des Organismus gegen das tuberkulöse Gift entwickelte, was eben als tuberkulöse Konstitution bezeichnet wird. Nach Lamark vererben sich solche erworbene Eigenschaften auf die Nachkommen. So tritt neben der erworbenen Konstitution die angeborene Konstitution in die Erscheinung. Für den Gang der Infektion treten alle anderen Faktoren, wie Disposition, Anzahl und Giftgrad der Tuberkelbazillen der Konstitution gegenüber zurück. Daß die Tuberkelinreaktion nicht immer das Richtige anzeigt, kommt daher, daß dieselbe nicht eine Probe auf einen pathologisch anatomischen Herd, sondern eine Probe

auf die tuberkulöse Konstitution darstellt. Nicht die Pathologie, nicht die Bakteriologie, nicht die Chemie waren allein imstande, die Frage nach dem Wesen der tuberkulösen Konstitution zu beantworten, sondern die auf diese Einzelfächer gestützte klinische Beobachtung.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.

XXXII. Kongreß am 3.—6. Juni 1903.

(Beilage zum Zentralblatt f. Chirurgie 1903. No. 36.)

Maass (Berlin): **Zur Radikaloperation der Brüche bei Kindern.**

M. hat 82 Brüche bei Kindern operiert, 66 Leistenbrüche bei Knaben, 7 bei Mädchen, 9 Nabelbrüche. Bei den 66 Leistenbruchoperationen bei Knaben fand sich 47 mal ein neugebildeter peritonealer Bruchsack, der stets ohne Mühe stumpf aus den Bruchhüllen herauspräpariert werden konnte; bei den 19 vaginalen Brüchen verliefen die Samenstranggebilde oft in einem einheitlichen Strang und ließen sich dann leicht vom Bruchsack isolieren; nur in wenigen Fällen mußte nach Eröffnung des Bruchsacks die Serosa von innen herauspräpariert werden. Der isolierte Bruchsack wird torquiert und der Bruchsackhals möglichst hoch mittels Durchstechungsligatur unterbunden. Eine Verengung der Bruchpforte erwies sich auch bei älteren Kindern völlig unnötig. Wichtig ist für einen glatten Heilungsverlauf der primäre Schluß der Hautwunde und Bedeckung derselben mit Kollodiumverband. Die Resultate waren — von einem Chloroformtod abgesehen — sehr gute; ein Kind mußte wegen Hodennekrose einseitig kastriert werden, die übrigen sind dauernd geheilt. Auch bei den Mädchen ergab die Operation durchweg gute Erfolge; in einem Falle von angeborener Ovarialhernie mußten die durch Stieldrehung des Lig. latum nekrotisierten Adnexe reseziert werden. Bei den Nabelbrüchen ist wegen der Breite der Bruchpforte eine Torsion und Ligatur des Bruchsackhalses nicht möglich; am besten hat sich hier die Tabaksbeutelschnürnaht sowohl des Peritoneums als der Bruchpforte bewährt. Trotz der im ganzen recht günstigen Prognose der Radikaloperation kindlicher Brüche hält M. bei Säuglingen dieselbe wegen der Gefahr der Narkose und wegen der im ersten Lebensjahre sehr günstigen Aussichten auf Spontanheilung im allgemeinen für kontraindiziert.

Diskussion: Kredel (Hannover) bestätigt die günstigen Erfolge der Bruchoperationen bei Kindern. Er schließt aber an die Abbindung des Bruchsacks stets eine plastische Operation nach Bassini oder Kocher an und meint, daß die Gefahr der Operation dadurch nicht wesentlich erhöht werde.

Karewski (Berlin) ist für die einfache Abbindung des Bruchsacks ohne plastische Operation; er hat bei auf diese Weise operierten Kindern niemals Rezidive erlebt.

Spitzer (Graz) macht die Radikaloperation selbst bei Kindern unter einem Jahre. Nur bei atrophischen Säuglingen sieht er von der Operation ab und macht hier Paraffininjektionen mit Paraffin vom Siedepunkt 50° C.

Florian Hahn (Nürnberg): **Subkutane Rupturen der Gallenwege.**

Vortr. spricht über einen von ihm beobachteten Fall von subkutaner Ruptur des Choledochus bei einem 4jährigen Knaben, der überfahren worden war. Sechs Wochen nach der Verletzung erhob Vortr. folgenden Befund: Äußerste Abmagerung, enorme Auftreibung des Leibes, abgesackte Exsudate; erhebliche Dyspnoe. Sclerae weiß, Puls 150, fieberfrei. Diagnose: Tuberkulöse Peritonitis oder Lympherguß?

Laparotomie: Flüssigkeit ist Galle, chronische Peritonitis (Gallenperitonitis) mit Bildung fester Verwachsungen und Membranen bis zu mehreren Millimetern Dicke. Tamponade. Nachtrag zur Anamnese ergibt: Ikterus, einsetzend am 3. Tage post trauma, der richtig stark 8 Tage anhielt, im ganzen 5 Wochen dauerte; in dieser Zeit (und auch späterhin) Stühle ganz weiß; in der 6. Woche Ikterus verschwunden, Stühle acholisch.

Nun bestimmte Diagnose auf Verletzung des Choledochus. Zweite Laparotomie 11 Tage nach dem ersten Eingriff. Rupturstelle nicht gefunden. Die Galle ergoß sich aus einer hufeisenförmigen Öffnung rechts von der Wirbelsäule an der Unterfläche der Pars horizontalis inferior duodeni in die freie Bauchhöhle,

hatte also ihren Weg hinter Duodenum und Pankreas genommen. Feste Tamponade im Bereich dieser Öffnung, um durch Überfließen des Reservoirs die Galle dem normalen Wege zuzuweisen. Das Experiment gelang, am 2. Tage ein teilweise galliger Stuhl, die nächsten Tage acholische Stühle, vom 7. Tage ab wieder gallehaltige Entleerung; nach 4 Wochen normale Stühle. Vollständige Heilung des Pat.

Vortr. erwähnt kurz noch die Häufigkeit der subkutanen Rupturen der Gallenwege und ihre Behandlung.

Immelmann (Berlin): **Über verschiedene Erkrankungen des Hüftgelenks und ihre Diagnose mittels Röntgenstrahlen im Kindesalter.**

Redner hebt besonders die Coxa vara hervor und tritt der Ansicht entgegen, nach der dieselbe fast immer durch eine Fractura colli femoris bedingt sei. Er behauptet, daß vielmehr die Rachitis die Ursache der Schenkelhalsverbiegung sei und daß die Linie, die für die Frakturlinie gehalten wird, nichts weiter als die etwas verschobene Epiphysenlinie sei. Folgt Demonstration.

v. Oettingen (Berlin): **Zur Verbandtechnik der Klumpfüße Neugeborener.**

Redner bespricht die Mechanik des angeborenen Klumpfußes, speziell die Lage der vier Achsen, um welche die pathologische Drehung zustande kommt. Auf die Innenrotation muß mehr als bisher geachtet werden. Da diese im Kniegelenk zu suchen ist, eine Rotation im Kniegelenk aber nur in Flexionsstellung ausgeführt werden kann, verlangt Redner, daß alle kongenitalen Klumpfüße, zum Teil auch die der Erwachsenen, bei rechtwinklig gebeugtem Knie redressiert und fixiert werden.

Der Klumpfuß des Neugeborenen muß am ersten Konsultationstage in definitive Behandlung genommen werden. Nach vollständiger Redression soll er so fixiert werden, daß von dem durch das Redressement Gewonnenen nichts verloren geht. Zu diesem Zweck bestreicht Redner das Füßchen mit der Heusner-Finkschen Klebemasse und wickelt sofort eine auf der Innenseite haarige Köperbinde um die Extremität. In besonderen Achtertouren, welche demonstriert werden, wird der Fuß redressiert an den im Knie gebeugten Oberschenkel fixiert. Gips, Apparate, Tenotomie usw. kommen in Wegfall, die Resultate sind äußerst zufriedenstellend, die Methode gefahrlos, bequem und sauber.

IV. Neue Bücher.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Bd I, Verlag von Joh. Ambr. Barth in Leipzig. Preis: Mk. 17.

H. bezeichnet sein Buch als „Festschrift zur Eröffnung der neuen Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderkrankheiten im Kgl. Charité-Krankenhaus zu Berlin". Wir gehen weiter und bezeichnen das Werk als „Festschrift für alle Pädiater und alle Praktiker überhaupt", die wohl durchwegs festliche Freude empfanden, als sie vernahmen, daß der berühmte Kinderarzt seine reichen Erfahrungen der Gesamtheit der Ärzte zugänglich machen wollte, und deren Festesfreude noch höher emporflammen wird, wenn sie jetzt das Werk selbst durchstudieren werden. In fast rührender Bescheidenheit glaubt der Verfasser in der Vorrede sich noch entschuldigen zu müssen, daß er an die Publikation eines Lehrbuches heranging. Hier bedarf es wahrlich einer Entschuldigung nicht! Heubners „Lehrbuch" wird eine Zierde der deutschen Literatur bilden, es ist begeisterter Aufnahme sicher. Ein Autor kann sehr reiche Erfahrungen besitzen, und sein Lehrbuch braucht trotzdem noch kein gutes zu sein. Aber wie versteht Heubner es, das was er sagen will, zu dozieren, wie versteht er es, mit wenigen Worten exakt und klar auseinanderzusetzen, wie er dies und das auffaßt, wie versteht er es, seine therapeutischen Grundsätze in wenigen Sätzen zu präzisieren! Sein Lehrbuch ist ein gutes. Leider liegt erst der erste Band vor, der außer der Einleitung die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge, die Infektions- und Wachstumskrankheiten enthält; aber wir hoffen, daß die Fortsetzung nicht allzulange auf sich warten lassen wird.

Grätzer.

R. Wehmer. **Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene.** Leipzig u. Wien, Verlag von A. Pichlers Witwe u. Sohn. 1. Abteilung. Preis: Mk. 10.

Wehmer, dem wir bereit seinen vortrefflichen „Grundriß der Schulgesundheitspflege" verdanken, und der sich auch sonst auf diesem Gebiete vorteilhaft hervorgetan, war der geeignete Mann dazu, ein Lexikon der Schulhygiene herauszugeben; und wenn wir die vorliegende 1. Abteilung des Werkes, die bis zum Schlagwort „Nase, Nasenkrankheiten" geht, durchlesen, sehen wir, daß ihm seine Aufgabe ganz ausgezeichnet gelungen ist. Allerdings wurde er unterstützt von einem großen Stabe von Mitarbeitern, die, auf den betreffenden Einzelgebieten durchaus erfahren und inmitten des praktischen Lebens stehend, ihrerseits dem Herausgeber geradezu Monographien, freilich von möglichster Kürze und größter Klarheit, abgerundete Darstellungen, allenthalben wohlgelungen, zur Verfügung stellten. Von bekannteren medizinischen Mitarbeitern seien hier nur Abel, Cozzolino, Erlenmeyer, Hauser, Silex aufgeführt. Auch die deutschen Einzelstaaten und die außerdeutschen Kulturstaaten sind mit besonderen Mitarbeitern vertreten, welchen die Aufgabe zufiel, die hervortretenden Details aus ihren Ländern dem Leser mit klaren Worten vorzuführen. Sie haben alle das Ihrige dazu beigetragen, daß das Werk dem Arzte, Schulmanne, Techniker, Verwaltungsbeamten, ja jedem gebildeten Laien die ersprießlichsten Dienste zu leisten geeignet ist, daß es rasche Orientierung in allen in das Gebiet gehörenden Fragen gewährleistet. Speziell für den Schularzt dürfte das Werk ein unentbehrlicher Führer und Berater werden. 134 sehr gute Abbildungen begleiten den Text und tragen wesentlich dazu bei, das Verständnis für letzteren zu erhöhen. Hoffentlich folgt recht bald die 2. Hälfte des Handbuches nach. Grätzer.

Hermann Gocht. **Handbuch der Röntgenlehre.** 2. Auflage. Verlag von F. Enke in Stuttgart. Preis: Mk. 10.

Wenn ein Werk, das sich mit einer doch noch ziemlich jungen Wissenschaft beschäftigt und naturgemäß einem beschränkten Leserkreis sich zuwendet, bereits nach wenigen Jahren neuaufgelegt werden muß, so ist das schon ein unzweifelhafter Beweis dafür, daß es in den beteiligten Kreisen vollen Anklang gefunden hat und seine Brauchbarkeit sich evident erwiesen hat. In der Tat erfüllt Gochts Handbuch in ausgezeichneter Weise den Zweck, den Mediziner in alle Details der Röntgenlehre einzuführen, ihm nach jeder Richtung hin die nötigen Unterweisungen zu geben und ihm als Nachschlagebuch zu dienen für alle Fragen, die er in diesem Gebiete beantwortet wissen will. Der Autor hatte bei seiner Bearbeitung stets das praktische Bedürfnis des Arztes im Auge, dem er klar und knapp auseinandersetzt, was zu wissen not tut, immer aus dem reichen Born seiner eigenen Erfahrungen schöpfend, aber auch allenthalben die gesamte Literatur benutzend. Letztere ist am Schlusse des Buches alphabetisch geordnet aufgeführt; diese Aufzählung nimmt fast 80 Seiten ein, ein Zeichen dafür, mit welchem Fleiß der Verfasser sich seiner Aufgabe gewidmet hat. 104 Abbildungen zieren das Buch, das auch sonst splendid ausgestattet ist. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Dienstanweisung für die Schulärzte an den Gemeindeschulen zu Berlin.

1. Dem Schularzte liegt ob, bei der Einschulung die Kinder auf ihre Schulfähigkeit zu untersuchen. Dem Schularzte werden zu diesem Zweck von dem Schulkommissionsvorsteher bei der Anmeldung der Kinder und von dem Rektor beim Eintritt der Kinder in die Schule diejenigen zugesandt, welche bezüglich ihrer Schulfähigkeit als zweifelhaft erscheinen. Außerdem hat der Schularzt möglichst bald nach Beginn der Schule die Neuaufgenommenen zu untersuchen. Diese Untersuchungen müssen innerhalb der ersten sechs Wochen des Schulhalbjahres beendet sein.

Die in der Regel in Gegenwart der Eltern bezw. der Erziehungsverpflichteten vorzunehmende Untersuchung erstreckt sich auf die körperliche und geistige Entwickelung und auf die Sinnesorgane, Atmungsorgane, Herz, Gliedmaßen, Wirbelsäule, Mundhöhle, bei Knaben auch auf den Bauch (Bruchpforten). Die als nicht

schulfähig erkannten Kinder sollen zunächst auf ein halbes Jahr, nötigenfalls auf längere Zeit zurückgestellt und nach Ablauf dieser Zeit von neuem untersucht werden.

Über diejenigen Kinder, welche als schulfähig, aber nicht als völlig gesund ermittelt werden und welche beim Unterricht besonders berücksichtigt werden sollen (beim Turnen, beim Gesang) oder eines besonderen Sitzplatzes bedürfen (wegen Gesichts- oder Gehörfehler usw.), ist ein besonderer Schein — Überwachungsschein — auszustellen, welcher vom Klassenlehrer des Kindes aufzubewahren ist. Diese Kinder sollen vom Schularzt fortlaufend beobachtet werden.

2. Der Schularzt hat die Prüfung der für den Nebenunterricht vorgeschlagenen Kinder auf körperliche und psychische Mängel, insbesondere auch auf etwaige Fehler an den Sinnesorganen, vorzunehmen.

3. Der Schularzt hat die Prüfung der für den Stotterunterricht vorgeschlagenen Kinder besonders bezüglich der Atmungsorgane vorzunehmen.

Sowohl über die für die Nebenklassen, als für die Stotterkurse untersuchten Kinder sind besondere Fragebogen auszufüllen. Die Untersuchungen sollen in der Regel in Gegenwart der Eltern in der Wohnung des Arztes stattfinden.

4. Der Schularzt hat auf Ersuchen der Schulkommission die Untersuchung von angeblich durch Krankheit am Schulbesuch verhinderten Kindern, wenn Verdacht auf ungerechtfertigtes Fernbleiben besteht, vorzunehmen, um festzustellen, ob die Schulversäumnis gerechtfertigt ist. Sind ärztliche Atteste vorhanden, so sollen solche Prüfungen auf Veranlassung der Schulkommission nur dann vorgenommen werden, wenn besondere Umstände vorliegen, welche eine solche Prüfung erforderlich erscheinen lassen.

5. Der Schularzt ist verpflichtet zur Abgabe von schriftlichen von der Schuldeputation erforderten Gutachten

a) über den Gesundheitszustand einzelner Kinder,
b) über das Vorhandensein von ansteckenden Krankheiten,
c) über vermutete, die Gesundheit der Lehrer oder Schüler benachteiligende Einrichtungen des Schulhauses und seiner Geräte.

6. Der Schularzt ist verpflichtet, über krankheitsverdächtige Kinder, welche ihm vom Rektor zur Untersuchung zugesandt werden, Gutachten abzugeben, bei dauernden Krankheitszuständen Krankheitsscheine auszustellen.

7. Der Schularzt hat die Schule mindestens zweimal halbjährlich zu besuchen. Die Zeit ist im Einvernehmen mit dem Rektor zu wählen. Bei diesen Besuchen hat der Schularzt die Aufgabe:

a) das Schulhaus und die Klassenräume bezüglich der hygienischen Verhältnisse zu untersuchen und den Rektor bezüglich der Ausführung hygienischer Maßregeln zu beraten;
b) die Kinder bezüglich ihres Gesundheitszustandes zu beobachten. Besonders zu berücksichtigen sind diejenigen Kinder, über welche Überwachungsscheine vorhanden sind. Über Kinder, welche als nicht völlig gesund, als berücksichtigungsbedürftig ermittelt werden, sind Überwachungsscheine auszustellen.

Vorgefundene hygienische Mißstände sind der Schuldeputation mitzuteilen.

Außer den Gemeindeschulen kann dem Schularzte der Besuch der Nebenklassen und der Stotterkurse, sowie auch der jährlich vorzunehmende Besuch der höheren Töchterschulen, Realschulen, Fortbildungsschulen usw. übertragen werden.

8. Der Schularzt ist verpflichtet, bei auftretenden Infektionskrankheiten und in sonstigen dringenden Fällen auf Ersuchen des Rektors in der Schule zu erscheinen.

9. Die Schulärzte haben bis spätestens 15. April einen schriftlichen Bericht über ihre Tätigkeit in dem abgelaufenen Schuljahr einzureichen.

10. Die ärztliche Behandlung erkrankter, von ihm untersuchter Kinder ist dem Schularzt nicht gestattet.

11. Die Schulärzte werden periodisch zu Beratungen berufen, welche von einem dazu vom Vorsitzenden der Schuldeputation bestimmten Mitglied der Schuldeputation geleitet werden.

12. Die in amtlicher Eigenschaft gemachten Beobachtungen dürfen nur nach Genehmigung des Vorsitzenden der Schuldeputation veröffentlicht werden.

13. Ist der Schularzt länger als 14 Tage während der Schulzeit verhindert, seine Tätigkeit auszuüben, so hat er für kostenlose Vertretung durch einen anderen

Schularzt zu sorgen und der Schuldeputation und dem Rektor von dieser Vertretung Mitteilung zu machen.

14. Die Schulärzte sollen in der Nähe der Schulen wohnen, für die sie bestellt sind.

Sie haben nicht die Eigenschaft von Gemeindebeamten im Sinne des Kommunalbeamtengesetzes vom 30. Juli 1899.

Der Dienstvertrag kann nur nach vorausgegangener vierteljährlicher Kündigung seitens des Schularztes oder seitens des Magistrats aufgehoben werden.

Der schulärztliche Überwachungsdienst.

Der zweite Jahresbericht über den schulärztlichen Überwachungsdienst an den Breslauer Volksschulen für das Schuljahr 1902 wird soeben von dem Stadtarzt Dr. Oebbecke erstattet. Der Herausgeber betont ausdrücklich in seinem Schlußwort, daß der ganze Betrieb noch viel zu jung sei, als daß der Bericht in seinen Zahlen, die in reichem Tabellenmaterial niedergelegt sind, Anspruch auf maßgebende Werte machen könnte; es handelt sich bei den Tabellen weniger um allgemeine statistische Zwecke, als um eine zahlenmäßige Übersicht der in Breslau geleisteten schulärztlichen Arbeit. Dem Berichte sind einige allgemeine Betrachtungen und Angaben des Stadtarztes vorangestellt, denen wir an dieser Stelle einige allgemeiner interessierende entnehmen wollen. Dr. Oebbecke schreibt u. a.:

Die Frage, wie sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Lehrern bei ihren dienstlichen Berührungen gestaltet habe, läßt sich erfreulicherweise dahin beantworten, daß irgend ein persönlicher Konflikt zwischen Lehrern und Ärzten überhaupt nicht vorgekommen ist. . . . Was das Verhältnis zu den Eltern betrifft, so haben wir durchweg angenehme Erfahrungen zu verzeichnen. Wir freuen uns, berichten zu können, daß die meisten Eltern den Ratschlägen der Schulärzte, ihre Kinder wegen der an ihnen entdeckten Leiden in hausärztliche oder spezialärztliche Behandlung zu geben, sorgfältig gefolgt sind. Ebenso müssen wir den Eltern der Lernanfänger unsern Dank aussprechen für die sorgfältige Art, mit welcher die ärztlichen Fragebogen für Lernanfänger von ihnen ausgefüllt wurden. 97,7 % dieser Fragebogen wurden gut beantwortet.

Auch in den Kreisen der praktischen Ärzte wird es anerkannt, daß die Eltern wegen chronischer Krankheiten der Schulkinder auf Grund der schulärztlichen Anregung ihre Hilfe mehr in Anspruch nehmen; ebenso wird es anerkannt, daß unsere Schulärzte sich genau in den Grenzen des Überwachungsarztes halten und nicht in das Gebiet des behandelnden Arztes übergreifen. Die für den Überwachungsarzt nötige Grenzlinie inne zu halten, halte ich für das wichtigste Prinzip beim schulärztlichen Dienste, und nur dadurch kann ein ersprießliches Zusammenwirken sämtlicher beteiligter Faktoren erreicht werden.

Der schulärztliche Dienst besteht im wesentlichen jetzt in folgendem: Sämtliche Lernanfänger werden untersucht, d. h. etwa $^1/_8$ der Gesamtschüler des Schularztbezirkes. Die Gesamtschülerzahl beträgt pro Schularztbezirk durchschnittlich 2000, die Zahl der Lernanfänger demnach ca. 250. Die Zahl der Überwachungsschüler ergibt ca. 7 % der Schulkinder, sie beträgt also ca. 200. Es kommen demnach 450 bis 500 Schüler pro Schularztbezirk und Jahr zur ärztlichen Untersuchung, d. h. ca. 25 %. Durch die Schulärzte ist in den zweimonatlichen Berichtsperioden an den Stadtarzt zu erledigen:

a) in jedem Schulgebäude eine Sprechstunde behufs Nachuntersuchung der sämtlichen alten Überwachungsschüler;
b) in jedem Schulgebäude ist ein Sechstel der Klassen zu besuchen behufs hygienischer Besichtigung der Räume und Auswahl neuer Überwachungsschüler. Diese neuen Überwachungschüler werden nachher in einem besonderen Zimmer zusammen untersucht und es wird über jeden eventuell ein neuer Überwachungsschein angelegt; Mitteilungen an die Eltern oder Anträge an die Schulverwaltung schließen sich dann noch an.

Die sämtlichen Klassen sind pro Jahr mindestens einmal zu besuchen.

Die Frage der Anstellung von Spezialärzten an den Schulen steht gegenwärtig noch zur Beratung. Den Spezialärzten auch Schularztbezirke zu selbstständiger Tätigkeit zu überweisen, empfiehlt sich nach den hiesigen schulärztlichen Konferenzergebnissen nicht. Eine den einheitlichen Dienst nicht störende Angliederung der Spezialärzte erscheint vielmehr nur möglich, wenn den Spezialärzten die für sie geeigneten Schüler durch die Schulbezirksärzte überwiesen werden. Will

der Spezialarzt einmal das gesamte Klassenmaterial prüfen, so steht ihm hierzu stets der Weg offen, einen diesbezüglichen Antrag an die Schuldeputation zu stellen.

Im allgemeinen hat sich bei unserem jetzt zwei Jahre umfassenden schulärztlichen Dienst herausgestellt, daß die Tätigkeit der Schulärzte hauptsächlich in dem Gebiet des Schülerhygienikers, weniger in dem des Gebäude- und Unterrichts-Hygienikers liegt. Zumal in einer großen Stadt, wo die verschiedenen wissenschaftlichen Hilfsinstitute und Spezialverwaltungen zur Verfügung stehen, schränkt sich die Tätigkeit des Schulüberwachungsarztes ganz von selbst dementsprechend ein. In größeren baulichen Fragen entscheidet hier meist direkt die Schuldeputation unter Beteiligung der Bauverwaltung und des Stadtarztes. Durch die zweimonatlichen Berichte der Schulärzte an den Stadtarzt ist letzterer stets genügend informiert für die Beratungen der Schuldeputation, denen er als Mitglied regelmäßig beiwohnt.

Bezüglich des für Neubauten aufzustellenden Bauprogramms wurde folgendes bestimmt: Jede neue Schule erhält ein Schularztzimmer mit dem nötigen Inventar.

Alle Plätze müssen direktes Himmelslicht haben. Die Pissoirs sind in der Regel außerhalb des Hauptgebäudes anzulegen. Wandständige Pissoirs sind zu vermeiden, vielmehr sind freistehende Pissoirs (Ölpissoirs) zu errichten. Als Desinfektionsmittel für Aborte und Pissoirs wurde Sanatol ($^1/_2$ %—1 %) verwendet, welches sich namentlich wegen seiner gleichzeitig desodorierenden Wirkung besser bewährte, wie früher die Karbolsäure. Als Klosetts werden lediglich geschlossene Rohrklosetts mit periodischer Spülung des Sammelrohrs verwendet. Als Heizungssytem wurde durchweg Dampfheizung (Zimmerheizkörper) verbunden mit Luftheizung angelegt. Letztere diente hierbei zur Ventilation mit mäßig erwärmter Luft. Es wurde dabei eine Zuluftöffnung in der Nähe der Decke und nur eine Abluftöffnung in der Nähe des Bodens angelegt. Die bisher gebräuchliche höher gelegene zweite Abluftöffnung (Sommerklappe) gab zu vielen Störungen Veranlassung und bewährte sicht nicht. Für die Sommerventilation sind von unten stellbare, klappbare Halbfenster des Fensteroberteiles eingeführt. Die Klassen erhielten ferner oft Lage nach der Schulhofseite zur Erzielung besseren Lichts und zur Vermeidung des Straßenlärms. Die Lage der Bauplätze gestattet dieses aber nicht immer. Bei Neubauten wurde der Fußboden behufs leichter Reinigung stets als fugenloser Xylopal-Fußboden oder mit Linoleumbelag angelegt. Bei Beschaffung neuer Schulbänke werden grundsätzlich nur noch Zweisitzer mit geteilter Rückenlehne und leichtem Reklinationswinkel der letzteren angeschafft. Jede größere neue Schule erhält eine Haushaltungsschule und eine Handfertigkeitsschule, eine Turnhalle für Knaben und eine einfachere für Mädchen; ferner ein Brausebad.

(Breslauer Ztg. vom 1. Dezember 1903.)

Die Röntgenvereinigung zu Berlin hat in ihrer Sitzung vom 30. Oktober 1903 einstimmig beschlossen, anläßlich der 10jährigen Wiederkehr der Entdeckung der Röntgenstrahlen Ostern 1905 in Berlin im Anschluß an die Tagung der deutschen Gesellschaften für Chirurgie und für orthopädische Chirurgie unter dem Ehrenvorsitz Sr. Exzellenz des Herrn Wirkl. Geh.-Rat Professor Dr. v. Bergmann einen Röntgenkongreß, verbunden mit einer Röntgenausstellung, zu veranstalten, wozu auch Herr Geh. Rat Prof. Dr. Röntgen sein Erscheinen als Ehrengast gütigst zugesagt hat. Die Leitung des Kongresses liegt in der Hand des Vorstandes der Röntgenvereinigung zu Berlin, welcher das ausführliche Programm in Kürze publizieren wird. Alle Anfragen sind an Herrn Prof. Dr. R. Eberlein in Berlin NW. (Tierärztliche Hochschule) oder an Herrn Dr. med. Immelmann in Berlin W., Lützowstr. 72 zu richten.

Der 21. Kongreß für innere Medizin findet vom 18.—21. April 1904 in Leipzig statt unter dem Vorsitz des Herrn Merkel (Nürnberg).

Am ersten Sitzungstage, Montag, den 18. April 1904, werden die Herren Marchand (Leipzig) und Romberg (Marburg): **Über die Arteriosklose** referieren. Die ganze übrige Zeit ist den Einzelvorträgen und Demonstrationen gewidmet.

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13, entgegen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. März 1904. No. 3.

I. Originalbeiträge.

Über die Wirkung der Milch von mit frischen Rübenblättern gefütterten Kühen auf Säuglinge.

Von

Dr. **W. Müller,**

I. Assistent a. d. Versuchsanstalt des Ldw.-Instit. der Universität Leipzig.

Die Erkenntnis des nicht unbeträchtlichen Nährwertes der Rüben und Rübenabfälle, welcher auf den hohen Zuckergehalt derselben zurückzuführen ist, hat es mit sich gebracht, daß eigens zum Zwecke der Viehfütterung zurzeit ganz bedeutende Mengen von Futterrüben angebaut werden, und es ist im Interesse des Landwirtes nur natürlich, daß neben den Rüben selbst auch die Rübenblätter als Viehfutter Verwendung finden.

So kommt es, daß die letzteren, die ein längeres Aufbewahren nicht ratsam erscheinen lassen, gleich während der Rübenernte in ziemlich erheblichen Quantitäten verfüttert werden.

Der dabei beobachtete Übelstand besteht jedoch darin, daß nicht nur die mit Rübenblättern gefütterten Kühe stark an Durchfall zu leiden haben, sondern, was weit schwerer ins Gewicht fällt, daß auch Säuglinge, die mit der Milch der auf solche Weise gefütterten Tiere ernährt werden, ebenfalls von dem Übel befallen werden.

Diese Beobachtung hat wohl viel dazu beigetragen, die Grünfütterung solcher Tiere, deren Milch zur Säuglingsernährung dienen soll, vollends in Mißkredit zu bringen und gesetzliche Bestimmungen betreffs der Fütterung solcher Kühe zu erlassen.

Ob nun die Forderung, diejenigen Tiere, deren Milch als „Kindermilch“ Verwendung finden soll, ausschließlich mit sog. Trockenfutter zu füttern und jegliches Grünfutter dabei auszuschließen, gerechtfertigt ist, mag dahingestellt bleiben. Wissenschaftlich begründet ist diese Forderung vorläufig keinesfalls.

Gegen die Fütterung der Milchkühe mit Rübenblättern würde die oben erwähnte Beobachtung jedoch ernste Bedenken gerechtfertigt erscheinen lassen, und es wäre daher von hoher Bedeutung, wenn sich die neuerdings mehrfach gemachte Wahrnehmung bestätigen sollte, wonach die gleichzeitige Gabe von phosphorsaurem Kalk an die mit Rübenblättern gefütterten Kühe die beregten Übelstände beseitigen soll.

Um diese Wirkung des phosphorsauren Kalkes festzustellen, wurde von mir mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrates Prof.

Dr. Kirchner in der Zeit vom 30. September bis 24. Oktober 1903 mit 2 Kühen im Rassestall des hiesigen landw. Institutes ein Fütterungs-Versuch angestellt und gleichzeitig die Wirkung der Milch der Versuchskühe auf Säuglinge beobachtet.

Die Veranlassung zu meinem Versuche wurde mir schon im Herbste 1902 gegeben, wo mir gemeldet wurde, daß 2 Monate alte Drillinge wenige Stunden nach dem Genusse von Milch, die von mit frischen Rübenblättern gefütterten Kühen stammte, zunächt an Erbrechen und dann an Durchfall gleichmäßig litten.

Als den Kühen Kalk gereicht war, verschwanden diese Verdauungsstörungen plötzlich bei allen drei Kindern schon am nächsten Tage.

Die Versuchsanordnung war folgende:

Von 2 Kühen, No. 11 Breitenburger und No. 12 Wilstermarsch, welche bis dahin mit Grünmais gefüttert waren, erhielt:

in der 1. Periode vom 30. September bis 12. Oktober.

Tafel 1

Kuh No. 11.		Kuh No. 12.	
Kraftfuttergemenge	4 kg	Kraftfuttergemengc	2 kg
Rüben	30 kg	Rübenblätter	75 kg
Heu	5 kg	Stroh ad libit.	
Stroh ad libit.			

in der 2. Periode vom 13. bis 24. Oktober.

Kraftfuttergemenge	2 kg	Kraftfuttergemenge	2 kg
Rübenblatt	75 kg	Rübenblatt	75 kg
Stroh ad libit.		Stroh ad libit.	
dazu phosphors. Kalk	30 g pro die	phosphors. Kalk	30 g pro die

auf je 500 kg Lebendgewicht.

Die zu den Versuchen benutzten Rübenblätter entstammten der Versuchswirtschaft Oberholz des landw. Institutes der Universität, während der phosphorsaure Kalk von der Firma M. Brockmann in Leipzig-Eutritzsch geliefert war.

Die Milch der Kühe, welche in jeder Periode 2 mal, und zwar zu Anfang und zu Ende derselben untersucht wurde, wurde an 6 Säuglinge verabreicht in der Weise, daß 3 Kinder im Alter von 4 bis 6 Monaten diejenige von Kuh No. 11 erhielten, während diejenige von Kuh No. 12 infolge der voraussichtlich mit größerer Wahrscheinlichkeit eintretenden Verdauungsstörungen an etwas ältere Kinder von 8 bis 9 Monaten gereicht wurde.

Bezüglich der Tiere ist nun zu bemerken, daß Kuh No. 12 in der ersten Periode sehr stark an Durchfall zu leiden hatte, wie es bei Rübenblattfütterung meist beobachtet wird. Der Durchfall verschwand aber bald nach Beginn der 2. Periode, nachdem das Tier eine Zugabe von phosphorsaurem Kalk erhielt. Bei Kuh No. 11, welche die Rübenblätter in der 2. Periode sogleich mit Kalk erhalten hatte, trat überhaupt kein Durchfall ein.

Ganz übereinstimmend mit dieser Erscheinung war nun auch die Wirkung der Milch auf die Kinder, wie die Zusammenstellung Tafel 3 ergibt.

Die Zuweisung der Kinder geschah durch freundliche, dankenswerte Vermittelung der chirurg. Kinderklinik der Universität.

Die Milch von Kuh No. 11 übte in beiden Perioden keinerlei nachteilige Wirkung auf die Kinder aus. Verdauungsbeschwerden zeigte keines mit Ausnahme von Kind 2, welches am ersten Tage Erbrechen hatte, während der übrigen Versuchsdauer aber ebenso wie die beiden anderen Kinder sich durchaus normal verhielt. Die Kinder gediehen gut, auch Kind 3, obgleich dieses die früher gereichte Milch nie gut vertragen hatte.

Tafel 2.

No. der Kuh		1. Periode Anfang		1. Periode Ende		2. Periode Anfang		2. Periode Ende	
	Fett	3,55	%	3,60	%	3,40	%	3,30	%
	Trockensb.	12,40	„	12,21	„	12,34	„	11,72	„
	Spezf. Gew.	1,0315	„	1,0305	„	1,0320	„	1,0300	„
	Azidität			19,7 ccm				20,5 ccm	
No. 11.	Asche	0,718	%	0,699	%	0,701	%	0,713	%
	P_2O_5	0,188	„	0,182	„	0,181	„	0,185	„
	CaO	0,151	„	0,154	„	0,150	„	0,156	„
	K_2O	0,175	„	0,165	„	0,169	„	0,176	„
	Na_2O	0,053	„	0,053	„	0,053	„	0,052	„
	Gew. der Kuh	459 kg		500 kg		500 kg		485 kg	
	Fett	3,40	%	3,35	%	3,05	%	3,10	%
	Trockensb.	12,09	„	12,16	„	11,80	„	11,73	„
	Spezf. Gew.	1,0310	„	1,0315	„	1,0315	„	1,0310	„
	Azidität			17,9 ccm				16,8 ccm	
No. 12.	Asche	0,629	%	0,673	%	0,651	%	0,644	%
	P_2O_5	0,171	„	0,172	„	0,175	„	0,167	„
	CaO	0,136	„	0,147	„	0,144	„	0,141	„
	K_2O	0,146	„	0,155	„	0,148	„	0,147	„
	Na_2O	0,054	„	0,058	„	0,051	„	0,050	„
	Gew. der Kuh	568 kg		589 kg		589 kg		596 kg	

Phosphorsäure, Kalk, Kali und Natron auf 100 Teile Asche.

	P_2O_5	26,141	%	25,987	%	25,881	%	26,024	%
No. 11.	CaO	21,031	„	21,984	„	21,736	„	22,001	„
	K_2O	24,330	„	23,501	„	24,101	„	24,779	„
	Na_2O	7,777	„	7,615	„	7,600	„	7,321	„
	P_2O_5	27,134	„	25,608	„	26,888	„	26,174	„
No. 12.	CaO	21,643	„	21,991	„	22,134	„	22,080	„
	K_2O	23,148	„	23,100	„	22,743	„	22,954	„
	Na_2O	8,564	„	8,667	„	7,881	„	7,766	„

Tafel 3.

Milch von Kuh No. 11.

Gewicht am:

Kind 1	30. 9. 03	4,01 kg
(Alter ca.	12. 10.	4,63 „
6 Monate)	24. 10.	4,85 „

14 Tage vor dem Versuch von Magen- und Darmkatarrh erholt. Kind blieb normal.

Milch von Kuh No. 12.

Gewicht am:

Kind 4	30. 9. 03	5,45 kg
(Alter	12. 10.	5,75 „
$8^1/_2$ Monate)	24. 10.	6,00 „

Vom 2.—6. Oktober tritt ziemlich starker Durchfall ein, der in schwächerem Maße bis 12. 10. anhält. Nachdem Besserung, am 15. 10. wieder normal.

Milch von Kuh No. 11.

Gewicht am:

Kind 2	30. 9. 03	5,50 kg
(4 Monate	12. 10.	5,703 „
alt)	24. 10.	5,893 „

Hatte ebenfalls 14 Tage zuvor an Brechdurchfall gelitten. Am 1. Tage Erbrechen. Sonst normal.

Gewicht am:

Kind 3	30. 9. 03	3,850 kg
($4^1/_2$ Monate	12. 10.	3,900 „
alt)	24. 10.	4,103 „

Kind war sehr schwach und hatte die frühere Milch nie gut vertragen. Zeigte jetzt viel bessere Verdauung. Erbrechen und Durchfall nicht konstatiert.

Milch von Kuh No. 12.

Gewicht am:

Kind 5	30. 9. 03	7,70 kg
(9 Monate	12. 10.	7,95 „
alt)	24. 10.	7,85 „

Sofort nach Beginn der Milchgabe Durchfall, nicht so heftig, wie bei Kind 4. Bis 12. 10. K. war stark angegriffen.

Gewicht am:

Kind 6	30. 9. 03	7,650 kg
(9 Monate	12. 10.	7,790 „
alt)	24. 10.	7,995 „

Durchfall bis 12. 10., dann anhaltende Besserung.

Wesentlich anders äußerte sich der Genuß der Milch von Kuh No. 12 auf die übrigen 3 Kinder No. 4 bis 6. Bei sämtlichen 3 Kindern trat sogleich bei oder nach Beginn des Versuches Durchfall ein, welcher zwar nicht mit gleicher Intensität anhielt, sich aber doch durchweg bis über den Beginn der 2. Periode ausdehnte. Spätestens bis zum 15. 10., also 3 Tage, nachdem mit der gleichzeitigen Gabe von phosphorsaurem Kalk begonnen war, hatte sich bei allen 3 Kindern der Durchfall verloren.

Es ergibt sich also aus diesen Versuchen nicht nur, daß die Milch von Kühen, die mit Rübenblättern gefüttert werden, bei Säuglingen Durchfall herbeiführt, sondern auch, daß diese schädliche Wirkung aufgehoben wird, sobald die Tiere neben den Rübenblättern gleichzeitig eine angemessene Menge von phosphorsaurem Kalk erhalten.

Die von den Versuchstieren gewonnene Milch wurde, wie aus Tafel 2 ersichtlich ist, auf ihren Gehalt an Nährstoffen und Aschenbestandteilen untersucht, um event. auch die Frage bezüglich des Grundes für die erwähnten Erscheinungen beantworten zu können.

Während indessen diejenige Frage, welche von der größesten praktischen Bedeutung ist, durch den Versuch ihre Erledigung gefunden hat, ist eine wissenschaftliche Erklärung durch die angestellten Untersuchungen nicht gewonnen.

Betrachtet man nämlich die Zusammensetzung der Milch (Tafel 2), so zeigt es sich, daß der Fettgehalt bei Kuh No. 11 im Laufe der 1. Periode annähernd konstant geblieben, beim Übergange zur Rübenblattfütterung aber um 0,2 % gesunken ist. Diese Abnahme des Fettgehaltes ist durchaus normal und findet bei derartiger Fütterungsweise im allgemeinen statt. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Milch von Kuh No. 12. Hier zeigt sich in der ersten, der Rübenblattfütterungsperiode, ohne Zugabe von Kalk der Fettgehalt ziemlich konstant. Bei der Zugabe von phosphorsaurem Kalk in der 2. Periode sinkt derselbe jedoch auf 3,05 %, um dann innerhalb dieser Periode ebenfalls wieder konstant zu bleiben.

Das Sinken des Fettgehaltes bei der Fütterung mit Rübenblättern

ist durch den Wasserreichtum des Blattfutters bedingt, und hieran wird also auch durch die Zugabe von Kalk nichts geändert.

Der Aschengehalt von Kuh No. 11 muß als vollkommen konstant bezeichnet werden, da die größeste Differenz, d. i. diejenige zu Anfang und zu Ende der 1. Periode, nur 0,02 % beträgt. In der Milch von Kuh No. 12 steigt der Aschengehalt während der 1. Periode um 0,044 % und sinkt dann in der 2. Periode um 0,02 resp. 0,03 %.

Beträchtlicher erscheinen die Differenzen in der Zusammensetzung der Asche. Es ergibt sich hier für Kuh No. 11 im Phosphorsäuregehalt, berechnet auf 100 Teile Asche, eine größeste Differenz von 0,26 %, im Kalkgehalt von nahezu 1 %, und im Kaligehalt sogar eine solche von 1,28 %, während im Natrongehalt die Differenz 0,45 % beträgt, und ganz ähnlich verhält es sich mit der Milchasche von Kuh No. 12.

Irgend ein Zusammenhang mit der Fütterungsweise läßt sich aus den Zahlen kaum konstruieren; denn für Kuh No. 11 sind die Differenzen während der 1. Periode, also bei gleichbleibender Fütterung, durchschnittlich größer, als diejenigen beim Übergange zur Rübenblattfütterung, und nicht viel anders verhält es sich mit der Milchasche von Kuh No. 12.

Die Differenzen verschwinden aber fast gänzlich, wenn die auf 100 Teile Asche bezogenen Zahlen prozentisch auf Milch berechnet werden. Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, ergeben sich hier Differenzen, die sich kaum in der 2. Dezimale bemerkbar machen, so daß man von diesem Gesichtspunkte aus den Gehalt an den einzelnen Mineralstoffen in der Milch als konstant anzusehen genötigt ist.

Ebensowenig ist deshalb aber auch ein Zusammenhang zwischen den Aschenbestandteilen der Milch und der physiologischen Wirkung der letzteren auf Säuglinge bemerkbar.

Betrachtet man z. B. den Kaligehalt, dem in der genannten Hinsicht noch die bedeutendste Wirkung zugeschrieben werden könnte, und zwar in denjenigen Stadien, in welchen die Milch die augenfällige Wirkung auf die Verdauung der damit genährten Säuglinge ausübte, d. h. also die Milch von Kuh No. 12 am Ende der 1. und zu Anfang der 2. Periode. Die Differenz im Kaligehalte ist hier 0,007 %, und unter der Annahme, daß ein Kind täglich 2 l Milch zu sich nimmt, würde dasselbe damit das mehr oder weniger von rund 0,14 g K_2O aufnehmen. Die gesamte mit der Milch aufgenommene Kalimenge beträgt aber unter gleicher Annahme 3,10 g, so daß also die Differenz nur 4,5 % der Gesamtmenge ausmacht. Daß dieser Unterschied aber keine so durchgreifende Wirkung auf die Verdauungstätigkeit eines Kindes auszuüben vermag, liegt auf der Hand, und um so mehr, als z. B. die größeste Differenz im Kaligehalte der Milch von Kuh No. 11, welche keinerlei schädliche Wirkung auf die Säuglinge ausübte, sogar 0,011 % beträgt, was bei einer täglich genossenen Milchmenge von 2 l eine Differenz von 0,22 g, also über 6,2 % der Gesamtmenge ausmacht.

Noch weniger können die geringen Unterschiede in den übrigen Aschenbestandteilen für die in Rede stehende physiologische Wirkung der Milch in Frage kommen, so daß nach dieser Richtung hin auch die vorliegende Untersuchungen keine Aufklärung schaffen.

Möglich oder sogar wahrscheinlich ist es, daß überhaupt kein in den Blättern enthaltener Mineralstoff die beregte Erscheinung verursacht, sondern daß ein in denselben enthaltener organischer Körper mit ausgesprochener physiologischer Wirkung in die Milch übergeht und für die beobachteten Verdauungsstörungen bei Säuglingen verantwortlich ist. Es ist dieses um so wahrscheinlicher, als ja nachgewiesen ist, daß zahlreiche medikamentöse Substanzen, auch Narkoticis in die Milch übergehen. (Lewald, über Ausscheidung von Arzneimitteln aus dem Organismus, 1867 — und Pauli, Übergang der Salizylsäure in die Milch der Wöchnerinnen.)

Allerdings beziehen sich die angeführten Abhandlungen nur auf die Frauenmilch, indessen liegt kein Grund vor, dasjenige, was dort nachgewiesen ist, für den tierischen Organismus auszuschließen.

Welcher Art der hier in Frage kommende, in den Rübenblättern enthaltene Körper ist, wird sich vorläufig schwer feststellen lassen. Oxalsäure, welche ja in den Rübenblättern in größerer Menge vorhanden ist, ließ sich in der Milch nicht nachweisen, vermutlich aber wird der fragliche Körper saure Eigenschaften haben und so beschaffen sein, daß derselbe mit dem phosphorsaurem Kalk in Wechselwirkung tritt und mit einer der beiden Komponenten eine unlösliche Verbindung bildet.

Hierauf deutet auch die Azidität der Milch hin; denn diese allein zeigt charakteristische Veränderungen, welche von der Fütterungsweise abhängig zu sein scheinen. Ob jedoch die Azidität der Milch tatsächlich wesentlich durch die Fütterung mit Rübenblättern beeinflußt wird, müßten erst weitere Versuche zeigen.

Als praktisches Ergebnis dürften die vorliegenden Untersuchungen immerhin gezeigt haben, daß die physiologische Wirkung der Rübenblätter auf Kühe und diejenige der Milch der letzteren auf Säuglinge durch eine gleichzeitige Fütterung der Tiere mit einer angemessenen Menge von phosphorsaurem Kalk aufgehoben wird, und daß bei Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregel der Fütterung der Milchkühe mit Rübenblättern kein Bedenken entgegensteht.

Ob die Wahl des phosphorsauren Kalkes von wesentlicher Bedeutung ist, konnte nicht festgestellt werden, aber anzunehmen ist dieses wohl, weil zu einer mehr oder weniger leichten Umsetzung des phosphorsauren Kalkes mit anderen Körpern eine gewisse Reaktionsfähigkeit erforderlich ist und die verschiedenen Kalkphosphate bezüglich ihrer Löslichkeit sehr verschieden sind.

Therapeutische Erfahrungen aus der Kinderpraxis.

Mitteilungen aus dem Budapester mit Ordinationsanstalt verbundenen Gratismilchinstitut.

Von

Dr. **Ernö Deutsch.**

(Fortsetzung.)

Somatose (F. Bayer & Co.) wendete ich bei 10 Frauen an; in allen Fällen waren es herabgekommene, blutarme Individuen, deren Milch-

sekretion nicht entsprach. Der den Ernährungszustand verbessernde und die Milchsekretion hebende Einfluß dieses Präparates ist unbestreitbar; ob dieser direkt der Beeinflussung der Brustdrüsen oder der Allgemeinstärkung und Suggestion zu verdanken ist, konnte ich ebensowenig wie Drews, Lewy, Lutand, Temesvàry, Fuchs und Dengel sicher nachweisen. Recht gute Erfolge hatte ich auch bei Darreichung der Somatose während der Schwangerschaft (8 Fälle aus der Privatpraxis).

Grund Beckmanns Mitteilung (Deutsche Medizinalzeitung No. 43. 1903) habe ich 4 Versuche mit Laktagol — pulverförmiger Extrakt aus Baumwollsamen — (Pearson & Co., Hamburg) angestellt. Die Versuche sind überaus ermutigend, zwar man natürlich von 4 Fällen kein endgültiges Urteil fällen kann. Bei 3—4 × pro die 1 Teelöffel zeigte sich innerhalb einer Woche reichliches Zuschießen der Milch, das in einem Falle bei plötzlicher Entziehung des Mittels wieder sistierte. Einen ernährungsverbessernden Einfluß beobachtete ich nicht, so daß ich die Kombination des Laktagols mit Somatose für überaus rationell halte. Als Vehikulum für beide Präparate sowie auch selbständig, wende ich Hygiama (Theinhardt) an, das grund seines Wohlgeschmackes ausnahmslos gern genommen wird. Die spezifisch laktogene Eigenschaft konnte ich ebensowenig wie Drews konstatieren, die exquisit ernährende Fähigkeit beweist in Theorie Prof. J. Königs Analyse und die schönen Erfolge in der Praxis. Nach König enthält eine $^1/_4$ l haltende große Tasse Rindfleisch-Bouillon (180 g) mit zwei Eiern (100 g):

Verdauliches Eiweiß	15,27 g
Fett	13,01 „
Gelöste Kohlehydrate, resp. lösliche Extraktstoffe etc.	6,79 „
Nährsalze	2,60 „

Hygiama-Getränk aus 20 g Hygiama und $^1/_4$ l Milch enthält:

Verdauliches Eiweiß	15,82 g
Fett	13,99 „
Gelöste Kohlehydrate, resp. lösliche Extraktstoffe etc.	24,98 „
Nährsalze	2,37 „

so daß das Total an Nährstoffen 37,67 zu 57,16 steht. Hygiama leistet außerdem recht gute Dienste bei Ablaktation, in der Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, bei Rachitikern und bei Ernährung gesunder Kinder. In toto habe ich bei 23 Fällen Hygiama angewendet.

Die Szèkelysche Milch wird durch die Zentralmilchanstalt zu Budapest aus Magermilch dargestellt. Die auf 60° C. aufgewärmte Milch wird im Dekaseinator mit flüssiger Kohlensäure behandelt, das so gewonnene Serum wird mit Obers (1 Teil auf 2 Teile Serum) und Zucker gemengt und bei 65° C. 1 Stunde lang erwärmt. Die Brauchbarkeit dieser Milch illustriert am besten die vergleichende Analyse von Szèkelyscher, Kuh- und Frauenmilch:

Bestandteile:	Kuhmilch.	Szèkelysche Milch.	Frauenmilch.
Wasser	87,20	88,10	88,52
Fett	3,80	3,34	3,30
Kasein	3,00	1,20	1,20
Albumin	0,50	0,50	0,50
Milchzucker	4,75	6,25	6,25
Suspendierte Salze	0,20	0,06	0,03
Gelöste Salze	0,55	0,55	0,20

Meine bisherigen Erfahrungen erstrecken sich auf 760 Säuglinge. Die Milch wird von den Kindern überaus gern genommen und gut vertragen. Gesunde Säuglinge zeigen schöne Gewichtszunahme, magendarmkranke erholen sich meistens rapid bei quantitativ vorsichtig gereichter Szèkelymilch. Bei meinem eigenen Jungen, der bei Ammenmilch (2 maliger Wechsel) schlecht gedieh, wendete ich zu meiner größten Zufriedenheit mit seinem dritten Lebensmonat diese Milchsorte an, und der Knabe zeigt heute, wo er ein Jahr alt ist, Verdreifachung seines Initialgewichtes.

Einiges über Pertussisbehandlung. Das Dionin (E. Merck) ist das salzsaure Salz des Morphiumonäthyläthers, ein geruchloses, feinkristallinisches, weißes, bitterschmeckendes Pulver. Bei 15° C. lösen 100 T. Wasser 14 T. Dionin, in Sirup. spl. löst es sich im Verhältnis von 1 : 20.

In der Säuglings- und Kinderpraxis wurde es durch Bloch (Ther. Monatsh. 1899. 8), Janisch (München. med. Wochenschr. 1899. No. 51), Hoff (Ärztl. Zentral-Anzeiger. Wien. 1899. IX. No. 31), Schmidt (Ärztl. Zentral-Zeitung. 1901. No. 34), Gottschalk (Ärztl. Rundschau. 1901. No. 31) als hustenreizstillendes Mittel bei Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, und Pertussis empfohlen.

Bei Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis verordne ich am Ende des 1. Jahres 0,01, im 2. Jahre 0,02, im 3. und 4. Jahre 0,03—0,04, im 5—8 Jahre 0,05 Dionin auf 100 Aqua dest, 3 stündlich 1 Kaffeelöffel oder Dionin 0,1 auf Sir. spl. 100, 2—3 mal täglich $^1/_2$ Teelöffel voll. Ich beobachtete bei 34 Fällen stets die prompte Linderung des Hustenreizes, bessere Nachtruhe (im Falle gehäufter nächtlicher Hustenanfälle gebe ich vom Dionin Sir. spl. Rezept abends, 1 Teelöffel voll). Verstopfung beobachtete ich nie bei Verabreichung des Dionins. Bei 36 Pertussisfällen verwendete ich dies Mittel. Die Patienten waren im Alter von 2 Monaten bis 8 Jahren. Es waren stets Fälle mit typischen Attacken. Ich unterschied in der Behandlung zwei Typen, solche mit vorherrschenden Symptomen von Seite der Lungen und solche, bei denen diese mehr im Hintergrunde stehen. Bei ersteren verordne ich Dionin mit Kreosotal, bei letzteren mit Chinin oder seinen Derivaten — Aristochin oder Euchinin — kombiniert. Die Verordnungsformeln wären Rp. Dionin 0,01—0,1 (bei 1 bis 5 bis 8 jährigen Kindern) solve in Sir. simpl. 30,0, Kreosotal 3,0 Ol. amygd. dulc. 10,0 Gi. arab. alb. pulv. 5,0 Aqu. dest. 110,0 M. fiat lege art. emuls. S. Mehrmals tägl. 1 Kaffeelöffel voll, und Rp. Dionin. 0,03—0,1, Chinin. mur. 0,25 Acid. mur. dil. qu. s. ad solut. Sirup. cort. aur. 20,0, Aqu. destil. 80,0 M. d. s. Je nach dem Bedürfnis des

Tages mehrmals einen Kaffeelöffel voll, doch kann man auch Dionin alternierend mit Kreosotal oder Chininderivat nach Bedarf anwenden.

Dionin-Kreosotalbehandlung wurden Patienten zum Teil mit bronchopneumonischen Herden unterworfen, die vereint antispasmodische und antizymotische Wirkung beider Mittel leistete sehr gute Dienste. Die Symptome von Seiten der Lunge besserten sich — wie dies bei Kreosotalbehandlung gewohnt — schnell, und die Anzahl und Intensität der Pertussisanfälle legte sich auf Dionin.

Bei Dionin-Chininderivatekur beobachtete ich, daß die unleugbar erfolgreiche Chinintherapie (Binz, Hagenbach) in Dionin einen mächtigen Behelf hat.

Die Pertussisbehandlung mit Chininderivaten fing ich mit Euchinin (Chininum äthylkarbonikum — Zimmer & Co., Frankfurt a. M.) an und verordnete 3 mal täglich je nach dem Alter des Kindes 0,1—0,2—0,3 g, und war mit den Erfolgen zufrieden (8 Fälle); nur die Behauptung, daß es ein geschmackloses Ersatzmittel des Chinins und daher überaus leicht Kindern zu geben ist, muß ich unbedingt bestreiten. Diesem überaus wichtigem Postulate entspricht im vollstem Maße das Aristochin (Dichinin Kohlensäureester. — Farbwerke vorm. F. Bayer & Co. in Elberfeld und Zimmer & Co. in Frankfurt a. M.), es ist absolut geschmackfrei und enthält unter den bekannten Chininpräparaten das meiste Chinin, ohne dessen unangenehme Nebenerscheinungen — Belästigung der Verdauungs-, Harnorgane und Nervensystems — zu zeigen. Ich fing mit 3 mal täglich 0,05—0,3 Aristochin an (Stursberg. Münchener med. Wochenschr. No. 45. 1902) doch erhöhte ich später die Dosen bis zu 1,5 g Aristochin pro Dosis (13 Fälle).

Neuerdings habe ich bei 13 Pertussisfällen Pyramidon (Dimethylamidoantipyrin Meister Lucius und Brüning) angewendet. Sämtliche Fälle waren am Anfang der Periode der typischen Attacken, bei allen war negativer Lungenbefund. Ich wendete dreiste Dosen an (0,2—0,4 2 stündlich) und ging langsam mit den Tagesquantitäten zurück. Schon innerhalb 48 Stunden war die Anzahl der Attacken eine kleinere (ich ließ die Mütter die Anfallszahl aufschreiben). Üble Zufälle sah ich nie. Parallel mit Antipyrin behandelte Fälle zeigten nicht den prompten Erfolg des Pyramidons. Dies Mittel würde ich bei sehr gehäuften, starken Anfällen, bei denen von Seite der Lungen sich keine Symptome zeigen, zur Verwendung anempfehlen. Bequemste Dosierungsart sind Tabletten à 0,1 in Originalflacons. Zur Unterstützung der verschiedenen Arten der Pertussisbehandlung wende ich neuerdings auf Staedtlers Anempfehlung Krewels Vaporin (Naphten-Eucalypto-Camphora-Terpen) zur Inhalation an. Täglich lasse ich eine halbe Stunde inhalieren; wenn auch kein spezifischer Einfluß konstatierbar, ist ein lindernder unleugbar (4 Fälle). Bei Säuglingen lehrte ich die Eltern Schultzesche Schwingungen (Raudnitz), bei größeren Kindern Nägelis Griff durchzuführen, und sah in beiden Manipulationen gute Behelfe der Pertussistherapie.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

J. P. Crozer-Griffith, Sudden Death and Muxpected Death in early life, with especial reference to the so-called Thymus Death. (American Medicine. 30. Juni 1903.) Abhandlung über die Ursachen des plötzlichen Todes im Kindesalter, nebst diesbezüglichen Berichten aus eigener Praxis.

Am häufigsten kommen plötzliche Todesfälle in den ersten zwei Lebensjahren vor, und zwar infolge von Krämpfen, Ohnmacht und Affektionen der Atmungsorgane. Später sind Herzklappenfehler, Angina pectoris und Apoplexie die geläufigsten Ursachen.

Schon eine einfache Koryza kann durch Aspiration der Zunge infolge von heftigen Atembewegungen den plötzlichen Tod herbeiführen. Derselbe Umstand spielt wohl gelegentlich beim Keuchhusten eine ähnliche Rolle. Säuglinge werden nicht ganz selten einfach totgedrückt im Schlaf durch die eigene Mutter. Spasmus glottidis verdient eine Ehrenerwähnung als Ursache des plötzlichen Todes bei vorher ganz gesunden Säuglingen. Verf. berichtet über zwei derartige Originalfälle, bei einem 7 monatlichen Knaben, welcher an Rachitis gelitten hatte, und bei einem 6 Monate alten rachitischen Knaben, der daneben noch an Tetanie litt.

In beiden Fällen fand man bei der Sektion eine vergrößerte Thymusdrüse. Es handelte sich somit um den vielumstrittenen „Thymustod“. Tatsächlich findet man in den allermeisten plötzlichen Todesfällen nach Spasmus glottidis einen Status lymphaticus, der sehr wahrscheinlich den eigentlich ätiologisch wirksamen Faktor darstellt. Dieses Verhältnis wird vom Verf. eingehend diskutiert.

Anderweitige gelegentliche Ursachen des plötzlichen Todes sind: Pneumonie, Herzleiden, Hyperpyrexie, Asthenie, kongenitale Syphilis, Asphyxie durch verirrte Speiseteilchen oder andere Fremdkörper (z. B. Askariden), Asphyxie bei durchgebrochenem Retropharyngealabsceß und innere Blutungen, namentliche Blutungen in die Hirnhäute.

Leo Jakobi (New York).

K. Basch, Über Ausschaltung der Thymusdrüse. (Aus dem deutsch. physiol. Institute in Prag.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 31.) B. exstirpierte Hunden die Thymus und fand bei den operierten Tieren zunächst ein Zurückbleiben der Knochen in ihrer Entwickelung resp. Verkalkung; die Knochen waren auffallend weich. Ferner wurden den operierten Tieren die langen Röhrenknochen frakturiert, um die Heilungsvorgänge zu studieren; es ergab sich, daß die Kallusbildung eine sehr geringe war oder ganz fehlte, während bei den Kontrolltieren es zu mächtiger Kallusbildung kam. Endlich fand sich bei den Tieren mit entfernter Thymus eine eigentümliche Anomalie des Stoffwechsels: die Ausscheidung der Kalksalze durch den Harn betrug ein Vielfaches von der Kalkausscheidung bei den Kontrolltieren.

Obwohl es sehr nahe liegt, möchte B. vorläufig sich auf Beziehungen dieser Befunde zur Rachitis nicht einlassen. Grätzer.

C. Hochsinger, Stridor thymicus infantum. (Wiener med. Wochenschrift. 1903. No. 45—47.) H. möchte den Stridor congenitus,



der zudem noch meist erst einige Tage nach der Geburt in die Erscheinung tritt, lieber als Stridor thymicus bezeichnet wissen. Es findet sich konstant eine Vergrößerung der Thymus, und dadurch, daß das mehr oder weniger vergrößerte Organ die Trachea komprimiert, kommt der Stridor zustande. H. zeigt an Röntgenbildern, welche diese Verhältnisse vortrefflich kennzeichnen und daher als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel zu betrachten sind, wie der Thymusschatten als etwas aufgehellte Zone sich dem Herzschatten anschließt und sich bei stärkster Vergrößerung des Organs dem Auge eine fast die ganze linke Thoraxseite ausfüllende Schattenmasse darbietet.

Die sehr instruktiven Abbildungen, sowie die Einzelheiten der Erklärungen lese man im Original durch. Grätzer.

H. Burger, Dovdelyke bloeding na adenotomie. (Nederl. Tydschr. v. Geneskunde. 1903. No. 14.) Poliklinisch wurde bei einem 11jährigen Jungen die Rachen- und Pharynxtonsille amputiert. Eine Stunde später wurde Patient aufgenommen mit einer Blutung aus dem Cavum pharyngo-nasale. Das Cavum wurde tamponiert; ungefähr 6 Stunden später sistierte die Blutung. Ohne weitere Blutung trat nach 12 Stunden Exitus letalis ein. Zur Erklärung dieser Blutung und des Exitus ergab die pathologisch-anatomische Untersuchung eine Leukämie. In noch einem Falle konnte, glücklicherweise vor der Amputation, eine Leukämie nachgewiesen werden. In der Literatur sind nur einige Fälle von tödlicher Blutung nach Adenotomie beschrieben, und B. hat auf tausende Amputationen nur diesen Fall gesehen. B. P. B. Plantenga (Haag).

Merlo, Beitrag zum Studium des Blutes bei Kindern mit adenoiden Vegetationen. (La Pediatria. August 1903.) Verf. hat in den von ihm beobachteten Fällen konstatieren konnen, daß nach Operation der adenoiden Vegetationen eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes eintritt und daß diese Vermehrung am größten in den ersten 48 Stunden nach der Operation ist. F.

Gaudier, Hypertrophie des amygdales palatines. (Annales de Médecine et Chirugie infantiles. Jahrg. 6. S. 638.) G. bespricht die übliche Therapie der Tonsillarhypertrophie; von den aufgeführten Behandlungsmethoden dürften die Kauterisation und die teilweise Abtragung der Tonsillen in Deutschland wohl wenig Anwendung finden. Schreiber (Göttingen).

A. Josias, Fièvre aphteuse chez un enfant de treize mois. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. Bd. 1. S. 224.) Das Kind erkrankte unter den Erscheinungen des Magendarmkatarrhs; am 11. Tage der Krankheit zeigte sich am Isthmus faucium eine weiße Blase, zu der sich in den nächsten Tagen weitere einzelne hinzugesellten, die später ulzerierten. Das Kind war hinfällig und verweigerte die Nahrung. Die anfangs bestehenden Durchfälle ließen später nach. Während der Krankheit bestand Fieber bis zu 40° abends. Die Behandlung bestand in Mundspülungen mit Vichywasser und Betupfen mit Boraxlösung, sowie Resorzin und Ätzungen mit Kupfersulfat. Die Gastroenteritis wurde behandelt mit Darmspülungen und Darreichung

von sterilisierter Milch mit Vichywasser. Das Kind war bis zu einem Jahr an der Brust genährt und bekam dann zum Teil rohe Milch von Kühen, die sicher an Maul- und Klauenseuche gelitten hatten. Der Fall ging in Heilung aus. Schreiber (Göttingen).

Grunert, Ein Fall rhinogener Pyämie mit Ausgang in Heilung. (Aus der Univers.-Ohrenklinik zu Halle.) (Münchner med. Wochenschrift. 1903. No. 14.) 10jähriges Mädchen mit ausgedehnten Nasennebenhöhlenempyemen. Nach gründlicher Ausräumung des primären nasalen Krankheitsherdes läßt das hohe Fieber nicht nach, die zweifellos vorhandene Pyämie mußte noch einen anderen Ursprung haben. Wahrscheinlich handelte es sich um Hirnsinusthrombose. Freilich konnten thrombosierte Venen in dem (sekundär erkrankten) Zellgewebe der Orbita oder des Plexus pterygoideus die Pyämie vermittelt haben, doch sprach zweierlei gegen diese Auffassung: Erstens das Auftreten einer Spätmetastase zu einer Zeit, wo das Auge bereits wieder seine normale Beschaffenheit gewonnen hatte, und zweitens die Erfahrung am Sektionstisch, daß pyämische Erscheinungen im Anschluß an eitrige Nebenhöhlenerkrankungen der Nase ausgelöst zu werden pflegen durch infektiöse Thrombosen der basalen Hirnblutleiter.

Das Verständnis dafür, das in G.'s Falle die Hirnsinusthrombose ausheilte, obwohl sich die Operation auf die Ausschaltung des primären Krankheitsherdes in den Nebenhöhlen der Nase beschränkte, erschließen analoge Beobachtungen aus der otiatrischen Praxis. Es heilen pyämische, vom Ohr ausgehende Zustände, welche durch infektiöse Sinusthrombosen bedingt sind, gar nicht so selten aus, wenn der Ausgangsherd im Ohr ausgeschalten ist. Grätzer.

P. Schötz (Berlin), Pharynxtuberkulose bei Kindern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 42.) Zwei interessante Beobachtungen. Bei dem ersten Falle (10jähr. Mädchen) stellte Sch. bei der ersten Untersuchung die Diagnose auf Diphtheritis. Als er 4 Wochen später das Kind wiedersah, da waren die Membranen aus dem Pharynx verschwunden, die dunkle Röte des Velum hatte einer helleren, glasigen Schwellung Platz gemacht, die übersät war mit eingestreuten grauen und gelblichen Punkten und an einigen Stellen schon oberflächliche, lentikuläre Geschwürsbildung zeigte. Dasselbe Verhalten bot die hintere Rachenwand. Starke Drüsenschwellung, sehr erhebliche Schluckbeschwerden. Jetzt bedurfte es des Temperaturnachweises (40,2°), der ausgedehnten Dämpfung in einem Ohrlappen und der Tuberkelbazillen im Sputum nicht mehr, um die Diagnose ins klare zu bringen. Im zweiten Falle (8jähr. Knabe) kam angesichts des speckigen Infiltrats, der starken Drüsenschwellungen und des anfänglich vergeblichen Suchens nach Tuberkelbazillen im ersten Augenblicke auch der Gedanke an Pseudoleukämie auf, aber bald trat auch hier die Diagnose zu Tage.

Mit diesen beiden Fällen sind bis jetzt 19 Fälle von Pharynxtuberkulose bei Kindern bekannt, die alle tödlich endeten. Man denkt bei oberflächlicher Betrachtung zuerst an eine Primärtuberkulose des Rachens. Wird später genauer nachgeforscht, so hört man, daß

schon allerlei, sei es im Abdomen, in der Brust, in den Ohren u. s. w., vorausgegangen ist, bis plötzlich der alarmierende Halsschmerz einsetzte. Und gerade dies plötzliche Aufflammen bestimmt Sch. wenigstens für seine Fälle eine Tuberkelaussaat auf dem Wege des Gefäßsystems anzunehmen, die Pharynxveränderungen als eine Lokalisation allgemeiner Miliartuberkulose aufzufassen. Grätzer.

Sukehiko Ito, Über primäre Darm- und Gaumentonsillentuberkulose. (Aus dem pathologisch-anatom. Institut des Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 2.) I. bringt zunächst zwei Fälle von primärer Darmtuberkulose bei einer 59jähr. Patientin und einem $1^3/_4$jähr. Kinde. In beiden Fällen waren Hals- und Respirationsorgane frei von Tuberkulose, und nur im Darmtraktus, den Meseaterialdrüsen und Peritoneum fanden sich tuberkulöse Herde. Es handelte sich offenbar um primäre Fütterungstuberkulose, deren Quelle freilich dunkel blieb.

Auch primäre Tuberkulose des Rachenrings gehört der primären Fütterungstuberkulose an. Speisereste oder Speichel können sehr leicht in den Lakunen der Tonsillen zurückbleiben. Es ist daher theoretisch sehr leicht möglich, daß, falls virulente Tuberkelbazillen enthaltende Speisereste, in die Lakunen eingedrungen, wo sie viel günstigere Bedingungen finden als an der Oberfläche, in den Follikeln tuberkulöse Herde schaffen, die an der Oberfläche sich nicht etablieren. Das ist auch tatsächlich der Fall. Regelmäßige mikroskopische Untersuchungen würden jedenfalls zeigen, daß diese Tuberkulose gar nicht so selten ist, wie es den Anschein hat. I. beschreibt zwei in letzter Zeit entdeckte Fälle von primärer Tuberkulose der Gaumentosillen, die einen 42jährigen Mann und ein 13jähriges Kind betrafen. Es handelte sich hier wirklich um primäre Fütterungstuberkulose, da in keinem anderen Organ sich tuberkulöse Herde vorfanden. Letztere hatten sich ausschließlich in den Lakunen etabliert, makroskopisch erschien alles intakt, keine Spur von Ulzeration u. dgl. Solche Fälle sind natürlich unmöglich klinisch zu diagnostizieren. Auch in fünf Fällen von sekundärer Tuberkulose der Gaumentonsillen, die I. früher sah, war makroskopisch nichts erkennbar, erst nach genauer mikroskopischer Untersuchung entdeckte man die tuberkulösen Herde. Es ist also Tuberkulose der Tonsillen eine Affektion, deren Nachweis nur das Mikroskop gestattet. Grätzer.

Henry Koplik, Tuberculosis of the Tonsils. (American Journal of Medical Sciences. Nov. 1903.) Tuberkulose der Mandeln als sekundäre Erkrankung ist überaus häufig. Die allermeisten Lungenphthisiker zeigen früher oder später diese Komplikation, und namentlich liefern Kinder die große Mehrzahl solcher Fälle.

Dagegen ist primäre Tuberkulose der Mandeln eine große Rarität. Es gibt einige Berichte über angeblich primäre Tonsillartuberkulose, doch können sie oft einer strengen Kritik keinen Stand halten.

Verf. teilt nun einen Fall mit. Hier war bei dem 15 Monate alten Kinde eine doppelseitige Tuberkulose der Mandeln vorhanden. Die Halsdrüsen waren stark vergrößert. Operative Entfernung der

Mandeln und Drüsen. Bazillen in beiden nachgewiesen. Eine kurze Zeit später ging das Kind an Lungen- und Larynxschwindsucht zugrunde. Interessant ist es, daß der Großvater des Kindes an Schwindsucht litt, und der Knabe erkrankte kurz nach einem längeren Besuch bei dem Greise. Hier war also die Quelle der Infektion.

Es folgen zwei andere Berichte des Verf., aus denen hervorgeht, daß die Mandeln sehr wohl der Sitz einer primären Tuberkulose werden können, wenn auch selten. In solchen Fällen findet man Riesenzellen und Knötchen; käsige Entartung ist ungewöhnlich; Bazillen sind meist nicht reichlich vorhanden; selten ist auch das tuberkulöse Mandelgeschwür; in der Regel zeigen die anatomisch verwandten Lymphdrüsen die Krankheit an. Einigen von diesen Mandelinfektionen geht eine katarrhalische oder diphtheritische Angina voraus.

Mandeltuberkulose kann der Ausgangspunkt für allgemeine Tuberkulose werden.

Was die zervikalen Lymphdrüsen anbelangt, so darf man behaupten, daß ihre anscheinend primären tuberkulösen Erkrankungen stets von den Mandeln ausgehen. Leo Jakobi (New York).

M. Senator (Frankfurt a. M.), Ein Fall von Spindelzellensarkom im Nasenrachenraum eines 5jähr. Knaben. (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 27.) Geschwulst von blumenkohlartigem Bau, hing, einer Traube vergleichbar, vom Nasenrachendach herab, hatte aber, obwohl über $^3/_4$ Jahr bestehend, weder Nachbarteile ergriffen, noch Knochen oder Weichteile durchwuchert. Entfernung ohne Schwierigkeit und unter sehr geringer Blutung mit dem Gottsteinschen Ringmesser; nach der Durchschneidung, in der Gegend des Ansatzes, zerfiel sie in mehrere kirsch- bis pflaumengroße Teile, die offenbar durch einen gemeinsamen Stiel zusammengehalten waren. Obwohl die Untersuchung deutlich den sarkomatösen Bau klarlegte, war der Tumor offenbar von sehr geringer Malignität. Grätzer.

W. P. Northrup, Pharyngeal Croup relieved by Nasal intubation. (Archives of Pediatrics. Juli 1903.) Gelegentlich sieht man hochgradige Dyspnöe bei Pharyngitis und starker Mandelschwellung.

Verf. berichtet über ein 5 Monate altes Kind, welches an akuter Angina litt und bei dem eine so hochgradige Dyspnöe auftrat, daß der Exitus drohte, und Tracheotomie in Aussicht genommen wurde.

Da kam Verf. auf den geistreichen Einfall, das Kind durch die Nase zu intubieren. Mit zwei dünnen Drainageröhrchen wurde die verstopfte Nase passirt und die Erstickungsgefahr prompt beseitigt.

Die Röhrchen blieben bis zum nächsten Tage in situ liegen.

Leo Jakobi (New York).

Jemma, Primäre Gangrän des Pharynx. (La Pediatria. Mai 1903.) Fall eines 11jährigen Kindes mit absolut dunkler Ätiologie. Von den 17 Fällen der Literatur betreffen 6 Kinder. Der Ausgang war in diesem Fall, wie häufig, tödlich. F.

D. Aeholediani, Ein neuer Fall von Heilung einer Noma durch Anwendung von blauem Pyoktanin. (Medizinskoje Obosrenie. 1903. No. 17.) Im Jahre 1900 beschrieb der Autor seinen ersten Fall von Heilung einer Noma durch die äußerliche Anwendung von blauem Pyoktanin. In seinem zweiten Fall handelte es sich um ein $3^1/_2$ jähriges Mädchen, welches im Jahre vorher Keuchhusten und Dysenterie durchgemacht hatte und gegenwärtig an Husten und Durchfall litt. Vor 5 Tagen war bei dem Kinde ein kleines Geschwür an der Außenseite des rechten Nasenflügels aufgetreten. Der geschwürige Prozeß begann außerordentlich schnell um sich zu greifen, entwickelte einen starken Geruch und hatte die Weichteile fast der ganzen Nase bis auf die Choanen, die Haut der untern Stirngegend bis auf den Knochen, den linken innern Augenwinkel, sowie die rechte Hälfte der Oberlippe zerstört. Temperatur 37,7°. Der Verf. verordnete Umschläge aus einer 1 $^0/_0$ igen Lösung von blauem Pyoktanin. Der üble Geruch verschwand sofort, der geschwürige Prozeß machte Halt, und in etwa 10 Tagen erfolgte vollständige Genesung. Leider war das Gesicht des kleinen Mädchens durch die beträchtlichen Narbenretraktionen sehr entstellt. A. Dworetzky (Moskau).

P. Korsch, Zur Ätiologie der Noma. (Russky Wratsch. 1903. No. 36.) Korsch beschreibt den Fall eines 6 jährigen Mädchens, welches einen Monat vor der Aufnahme in die Klinik an irgend einer fieberhaften Krankheit litt und bei welchem vor 2 Tagen auf der linken Wange ein schnell sich ausbreitender dunkler Fleck aufgetreten war. Die linke Wange ist auf eine bedeutende Strecke hin nekrotisch und verbreitet einen intensiven fötiden Geruch. Die Mitte der affizierten Region ist von einer schwarzen Borke eingenommen; um diese herum zieht ein schmaler vertiefter Streifen, der einen schmutzigen, fetzigen Belag aufweist. In der Nähe des gangränösen Bezirkes sind die Gewebe leicht ödematös, die Haut unterminiert. Rechts befindet sich in der Gegend der Unterlippe ein ebensolcher nekrotischer Herd. Die Mundhöhle ist entsprechend den befallenen Stellen von dunkelbrauner Farbe und mit nekrotischen Fetzen bedeckt. Temperatur 37,8°. Ordination: Waschungen mit Kali-hypermanganicum-Lösung und Kampfer innerlich. Am nächsten Tage war ein Fortschreiten des Prozesses zu bemerken. Da bei der Aussaat Kolonien von Diphtheriebazillen ausgewachsen waren, so wurde dem Kinde Diphtherieheilserum in einer Dosis von 2500 A. I. injiziert. Obwohl sich bereits am Tage darauf eine entzündliche Reaktion einstellte, so machte der Prozeß doch erst am 6. Behandlungstage Halt; der nekrotische Teil der Wange wurde entfernt, und die Vernarbung ging sodann recht schnell vor sich. In dem Belage von dem gangränösen Bezirke wurden außer den Diphtheriebazillen noch Spirillen von verschiedener Länge (6—20 μ) gefunden, die sich schlecht färbten, nach Gram sich entfärbten und im hängenden Tropfen Eigenbewegungen aufwiesen. Außerdem waren auf den Präparaten viele Stäbchen zu sehen; ihre Länge betrug im Durchschnitt 6 μ, ihre Dicke 0,7 μ; sie waren mit Anilinfarben gut zu färben und zeigten keine Bewegungen. Diese Stäbchen zu züchten gelang nicht; auf den

Nährböden wuchsen bloß Diphtheriebazillen und Staphylokokken. Impfversuche an Tieren ergaben negative Resultate. Auf Grund seines eigenen Falles und der in der Noma-Literatur niedergelegten Angaben ist Verf. der Ansicht, daß in der Ätiologie der Noma die Vincentschen Stäbchen und die Spirillen eine gewisse Rolle spielen, während der Diphtheriebazillus den Eintritt der Erkrankung und deren weitere Ausbreitung bloß begünstigt. A. Dworetzky (Moskau).

K. A. Zuppinger, Über den Wert der Schutzimpfungen gegen Diphtheritis. (Aus dem Kronprinz Rudolf Kinderspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 2.) Z. hat bisher 1000 Schutzimpfungen gemacht an Geschwistern der an Diphtherie erkrankten Kindern, fast durchwegs in Zinskasernen zusammengepferchten Arbeiterkindern. 200 A.-E. genügten in der Regel, aber man sollte auch bei ganz kleinen Kindern nicht weniger injizieren, da die erstgenannte Dosis ebenfalls völlig gefahrlos ist. Injiziert wurde stets an der Außenseite der Oberschenkel über der Fascia-lata, der Stichkanal wurde durch Jodoformgaze und Heftpflaster versorgt. Der Effekt war ein geradezu glänzender. Es erkrankten in den ersten 3—4 Wochen nach der Schutzimpfung nur 18 Kinder (1,8 $^0/_0$) an Diphtherie, und von diesen 18 kann man auch noch 11 abrechnen, bei denen fast unmittelbar nach der Schutzimpfung Diphtherie ausbrach, so daß man annehmen kann, das diese sich bereits zur Zeit der Präventivinjektionen im diphtheritischen Prodromalstadium befanden. Bei sämtlichen 18 Kindern verlief die Krankheit aber ungemein leicht. Diese Resultate sind ganz eindeutig, und zeigt Z. vor allem, um diesem Einwand zu begegnen, wie bei Unterlassung der Präventivinjektionen auch jetzt die Diphtherie an Gefährlichkeit und Kontagiosität sich ganz ebenso zeigt, wie in früheren Zeiten. Leider gewähren die Injektionen nur Schutz für 3—4 Wochen.
Grätzer.

Bèla Wittmann, Fall einer geheilten narbigen Larynxstenose, die nach Intubation entstanden ist. (Budapesti orvosi ujság. 1903. 31. XII. Gyermekervos.) Ein 4 Jahre alter Knabe wird mit Diphth. fauc., Laryng. croup. und Scarlatina im Brody-Hospital akzeptiert. Trotz Serotherapie und 192 Stunden langer Intubation (auch O'Dwyer-Bokayscher Heiltubus wurde angewendet) besserten sich die Stenoseerscheinungen nicht und die Tuben wurden wiederholt spontan ausgeworfen. Auf Grund der Dekubitusdiagnose wurde eine Tracheotomia inf. lege artis ausgeführt, nach 6 Tagen sekundäre Intubation, bei der nur Tubus I. eingeführt werden konnte. Wegen einer interkurrenten Pneumonie wurde der Intubationsversuch erst nach 10 Tagen wieder, doch ohne Erfolg, versucht. Nach vielem Experimentieren gelang nach 57 Tagen die Einführung eines Philippsschen Bougies und bald darauf die Intubation mit Tubus I. Die sukzessive Einführung voluminöserer Instrumente gelang in Bälde, so daß das Kind gänzlich geheilt entlassen werden konnte.
Ernö Deutsch (Budapest).

J. P. Marsh, A case of the Epiphenomena of Diphtheria Antitoxin. (American Journal of the Medical Sciences. Dez. 1903.)

Ein 39 Jahre altes Fräulein erkrankte an Diphtherie und bekam 1500 Antitoxineinheiten eingespritzt. Gleich darauf verfiel sie in einen Zustand der höchsten Atemnot, wurde blau und komatös, und schien dem Tode nahe zu sein. Bald kam ein juckender, brennender Urtikariaausschlag über dem ganzen Körper zum Vorschein. Die Konjunktiven waren stark injiziert. Alle diese Erscheinungen verschwanden innerhalb 36 Stunden.

Auf genaues Befragen stellte sich heraus, daß Pat. stets eine Idiosynkrasie gegen Pferde zeigte, indem sie beim Fahren hinter Pferden Anfälle von Niesen bekam. Verf. schließt daraus, daß die heftigen Nebenwirkungen nicht vom Antitoxin per se herrührten, sondern vielmehr auf dieser Idiosynkrasie gegen das Pferd und somit gegen das vom Pferde stammende Serum beruhten!

Leo Jakobi (New York).

Vasile Jorgulescu, Die Gefährlichkeit der Diphtherie bei Koexistenz nasaler Diphtherie. (Inaugural-Dissertation. Bukarest. 1903.) Die Lokalisierung des Diphtheriebazillus auf der Nasenschleimhaut wird oft verkannt und die Krankheit kann sich ungestört sowohl über die Nasengänge, als auch im Rachen, Kehlkopfe usw. verbreiten. Es handelt sich dann um einen weit ausgedehnten Prozeß, der gewöhnlich besonders schwer in Erscheinung tritt. Lähmungen kommen oft vor, da die Nasenschleimhaut mit Leichtigkeitdie Toxine aufnimmt und in den allgemeinen Kreislauf gelangen läßt. Die Mortalität ist daher bei mit Nasendiphtherie komplizierter Diphtherie besonders groß.

E. Toff (Braila).

S. Davies, Mild unsuspected nasal Diphtheria as a link in the chain of infection. (British medical Journal. 1903. S. 367.) D. teilt 3 Fälle mit, bei denen eine Nasendiphtherie bestand, die keine schweren Erscheinungen machte und deswegen auch unbeobachtet blieb, gleichwohl aber zu einer Infektion der Geschwister geführt hatte.

Schreiber (Göttingen).

L.-G. Simon, Des éléments de pronostic qu'on peut tirer de l'examen du sang des malades atteints de diphtérie. (Archives de médecine des enf., Oktober 1903.) Beim Eintreffen der Diphtheriekranken im Krankenhause, vor der Serumeinspritzung, findet man eine Hyperleukocytose, welche zwischen 8000 und 23000 sich bewegt. Meist entsprechen die höheren Ziffern den schwereren Fällen, doch kann diesbezüglich eine feste Regel nicht aufgestellt werden. Viel wichtigere Resultate ergibt die Blutuntersuchung nach vorgenommener Seruminjektion, Bei leichten oder mittelschweren Fällen findet man unmittelbar nach der Einspritzung eine leichte Hypoleukocytose; die Zahl der weißen Blutkörperchen sinkt innerhalb der ersten halben Stunde auf 2000 oder 3000, um am Ende der ersten Stunde wieder anzusteigen; das Maximum wird nach etwa 4 Stunden erreicht. Die Zahl der Leukocyten kann das Doppelte der anfangs gefundenen betragen; gewöhnlich ist dieselbe um ein Viertel größer. Nach einigen Stunden beobachtet man dann ein allmähliches Abfallen der Leukocytose, so daß dieselbe innerhalb 2 bis 5 Tagen, in gleichem Schritte mit der Rekonvaleszenz, wieder normale

Verhältnisse aufweist. Auch die übrigen zelligen Elemente des Blutes zeigen interessante Veränderungen. Vor der Injektion findet man die charakteristischen Verhältnisse wie bei jeder Infektion: Vermehrung der neutrophilen Polynuklearen, Verminderung der Mononuklearen, fast vollständiges Verschwinden der eosinophilen Polynuklearen. Im Laufe der ersten Stunde nach der Serumeinspritzung, während der Hypoleukocytose, bleiben die erwähnten Verhältnisse unverändert, dann, während die Zahl der Leukocyten zunimmt, wächst auch die Zahl der neutrophilen Polynuklearen, um ebenfalls gegen Ende der vierten Stunde ein Maximum zu erreichen. Mit dem fortschreitenden Abfalle der Leukocytose vermindert sich die Zahl der neutrophilen Polynuklearen, vermehrt sich diejenige der Mononuklearen und erscheinen wieder eosinophile Polynukleare.

In den Fällen von tödlicher Diphtherie ist die Evolution der Leukocyten ganz verschieden. Die anfängliche Hypoleukocytose ist von keiner sekundären Hyperleukocytose gefolgt, vielmehr zeigt dieselbe in den folgenden Stunden noch ein weiteres Absinken; manchmal ist ein schwaches Ansteigen bemerkbar, doch erreicht dasselbe niemals die vor der Injektion konstatierte Höhe. Die Zerstörung der weißen Zellen in den Zentralorganen ist also von keiner reaktiven Kompensation des Organismus gefolgt worden. Die Zahl der neutrophilen Polynuklearen ist noch hoch, doch mit einer gewissen Tendenz, abzufallen.

Bei schweren, aber in Heilung ausgehenden Diphtheriefällen, wo mehrere Seruminjektionen gemacht werden, beobachtet man nach der ersten Einspritzung Hypoleukocytose ohne nachfolgende Erhöhung oder mit geringer Erhöhung; nach der letzten Einspritzung ist die Reaktion ähnlich der bei den leichten Fällen beschriebenen: Hyperleukocytose mit Hyperpolynukleose, welche im Mittel 4 Stunden nach der Einspritzung auftreten. Die Rückkehr zu normalen Verhältnissen erfolgt rasch, innerhalb der vier folgenden Tage, nur die Polynukleose verschwindet später.

S. schließt aus seinen Untersuchungen, daß die Blutbefunde innerhalb der ersten 4 Stunden, die nach einer Serumeinspritzung folgen, von Wichtigkeit sind und für die Prognose maßgebende Anhaltspunkte liefern. Wenn vier Stunden nach der Injektion des Diphtherieserums die Gesamtzahl der Leukocyten (und nebenbei der Prozentsatz der Polynuklearen) höher ist als vor der Einspritzung, ist dies ein Beweis, daß die Serumdosis genügend war, und ist die Heilung sicher. Hingegen, wenn obige Zahlen geringer sind als vor der Injektion, muß die eingespritzte Dosis als ungenügend angesehen werden, und die Prognose ist ernst. Man macht dann eine zweite Einspritzung: findet man wieder Hypoleulocytose innerhalb desselben Zeitabschnittes, so kann die Prognose fast mit Sicherheit als fatal angesehen werden.

Bei Erwachsenen sind die Resultate nicht so klar und charakteristisch wie bei Kindern, doch gibt die Blutuntersuchung auch hier für die Prognose wichtige Indikationen. E. Toff (Braila).

S. Weiß, Die Jodreaktion im Blute bei Diphtherie. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 58. Bd. 1. Heft.) Zur Untersuchung

wurden ausschließlich Fälle von klinisch und bakteriologisch einwandfreier reiner Diphtherie des Rachens und Kehlkopfes gewählt. Das Blut wurde nach der gebräuchlichen Methode lufttrocken am Deckglas mit der Jodgummilösung (Jodi puri 1,0, Kali jodati 3,0, Aqu. destill. 100,0, Gummi acaciae qu. s. ad. consistentiam syruposam) gefärbt. Die Entnahme erfolgte bald nach der Aufnahme, zumeist noch vor Eintritt der Heilserumwirkung.

Folgendes ergibt sich aus den angestellten Untersuchungen:

Für die Diphtherie ist die Jodreaktion nicht pathognomonisch. Sie fehlt in allen leichten Fällen, tritt nur in den schweren Fällen von Rachen- und Kehlkopfdiphtherie auf. Sie ist dann bedingt durch die mächtige Infiltration der Hals- und Rachengebilde, sowie durch die Respirationsstörung, welche ausreichende Ursachen, insbesondere gegenüber der weniger beweisfähigen Toxinwirkung abgeben. Der bisherige klinisch diagnostische Wert wird durch ihr Vorkommen bei jenen bestimmten Diphtherieformen keineswegs beeinträchtigt.

Hecker (München).

Bacialli, Die Meningitis der Kinder im Gefolge von Kehlkopfdiphtherie. (Gezzetta degli ospedali e delle Cliniche. No. 42. 1903.) Bei 4 Kindern, die an Kehlkopfkrupp mit gleichzeitig bestehenden meningitischen Symptomen zugrunde gingen, machte Verf. vor dem Tode die Lumbalpunktion und untersuchte die extrahierte Cerebrospinalflüssigkeit bakteriologisch. Bei den unter Tizzonis Leitung ausgeführten Kulturversuchen entwickelte sich 3mal der Streptokokkus, beim 4. Fall eine neurotoxische Varietät des Fränkelschen Pneumokokkus.

F.

M. Ponticacci und **C. Pasinetti,** Ein Dokument zur Geschichte der diphtherischen Septikämie. (Archivio d. Patologia e Clinica infantile. No. II. 1903.) Verff. erklären den Symptomenkomplex in dem von ihnen mitgeteilten Fall, der bakteriologisch sehr sorgfältig untersucht wurde, durch die Anwesenheit des Löfflerschen Bazillus im Liquor cerebrospinalis und im Kreislauf; die ausgesprochen meningitischen Erscheinungen, die der Patient darbot, sind zurückzuführen auf eine direkte Einwirkung des Diphtheriebazillus und seiner toxischen Produkte auf das Nervenzentrum. Übrigens erwies sich das Diphtherieserum, obwohl in großen Mengen injiziert, als unwirksam.

F.

A. Sharp, Case of Paresis of Retro-Cervical musclese following Diphtheria. (British medical journal. 1903. S. 310.) Etwa 4 Wochen nach einer Diphtherie, bei der eine Injektion von 4000 E. gemacht war, stellte sich eine Lähmung der Nackenmuskulatur ein, das Kind konnte den Kopf nur einige Minuten gerade halten, sonst fiel dieser auf das Brustbein herab, dagegen konnte er gedreht werden. Es bestand keine Muskelspannung, auch keine Schmerzen. Außerdem trat Ataxie, sowie eine Velumlähmung auf. Der Fall ging in Heilung aus.

Schreiber (Göttingen).

Charles Aubertin, Beitrag zum klinischen Studium der diphtherischen Lähmungen. (Archives gén. de méd. 1903. No. 6.)

Auf Grund eines Beobachtungsmaterials von 65 Fällen diphtherischer Lähmungen bei Kindern und bei Erwachsenen teilt A. seine klinischen Erfahrungen auf diesem Gebiete mit. Die relativ größere Häufigkeit der Lähmungen bei Erwachsenen hielt er nur für eine scheinbare, da Kinder meist schon bei ganz geringfügigen Halserkrankungen in ärztliche Behandlung gelangen. Albuminurie, auf deren gleichzeitiges Auftreten von englischen Autoren hingewiesen ist, findet sich nach A. häufiger bei den Frühlähmungen, als bei den Spätlähmungen, steht aber in keiner direkten Beziehung zu der Intensität der Lähmungen. Der Sitz der Lähmung entspricht nicht immer der Lokalisation des diphtherischen Prozesses. Inwieweit sich durch eine rechtzeitige Serumbehandlung Lähmungen verhüten lassen, ist schwer zu entscheiden; bei perfekter Lähmung sah A. jedenfalls keinerlei Beeinflussung durch die Injektion; in dem einen Fall dehnte sich die Lähmung sogar noch weiter aus.

Die diphtherischen Lähmungen betreffen in der Regel ganze Muskelgruppen, seltener einzelne Muskeln.

Was die Lokalisation der Lähmungen anlangt, so stehen die Gaumensegellähmungen der Häufigkeit nach in erster Reihe. Im allgemeinen handelt es sich, wie bei den diphtherischen Lähmungen überhaupt, nicht um vollständige Paralysen, sondern nur um paretische Zustände, deren Geringfügigkeit der Erkennung oft große Schwierigkeiten bereitet. Sensible Störungen gehören, wie auch bei den übrigen diphtherischen Lähmungen, zu den Ausnahmen. Fehlen des Pharynxreflexes sah A. nur in 3 Fällen.

Von Akkommodationslähmungen, stets doppelseitig, ohne Mydriasis, beobachtete A. 19 Fälle. Die Pupillenreaktion zeigt zuweilen das entgegengesetzte Verhalten wie das von Argyll Robertson bei zentralen Erkrankungen beschriebene: die Reaktion auf Lichteinfall ist stets erhalten, dagegen können die akkommodativen Veränderungen abgeschwächt oder völlig aufgehoben sein.

Augenmuskellähmungen wurden von A. in 7 Fällen beobachtet. Dieselben sind stets partiell, nur einen Muskel betreffend, besonders den Rectus internus oder externus. In keinem Falle waren die Augenmuskellähmungen von Akkommodationslähmungen begleitet.

Von Paraplegien kommen nach Diphtherie 2 Formen vor, eine leichte und eine schwere, erstere meist nur als eine gewisse motorische, Schwäche, ohne Atrophie, auftretend, letztere, seltener als jene, zur Atrophie führend. Bei beiden Formen handelt es sich um motorische schlaffe Lähmungen, ohne eigentliche sensible Störungen und ohne Beteiligung der Sphinkteren. Wie bei der Gaumensegellähmung, so sind es auch hier meist nur paretische Zustände der Muskeln, und zwar sämtlicher Muskeln, ohne Bevorzugung bestimmter Gruppen. Daraus folgt, daß es zur Ausbildung eigentlicher Deformitäten nicht kommt. Engbegrenzte Lokalisationen der Lähmung wie Zwerchfelllähmung, Facialislähmung usw. hat A. nicht beobachtet, hält sie auch für außerordentlich selten. Als konstantestes Symptom der diphtherischen Paraplegie kann das Fehlen der Achilles- und Pattelarsehnenreflexe angesehen werden. Die Hautreflexe zeigen ein wechselndes Verhalten. Das Babinskische Zehenphänomen fehlte stets.

Ob nach Diphtherie wirkliche Ataxien vorkommen, erscheint A. zweifelhaft. In den meisten derartigen Beobachtungen handelt es sich wohl um einfache Muskelparesen.

Die von Guthrie als „crises bulbaires“ beschriebene Komplikation der Diphtherie konnte A. nicht beobachten. In einem plötzlich tödlich endenden Falle fand sich eine hochgradige Myokarditis, keine nachweisbaren Veränderungen der Medulla oblongata.

Die Ursache der diphtherischen Lähmungen ist meist eine periphere Neuritis; indes drängen doch viele Beobachtungen zur Annahme einer diffusen, im allgemeinen aber sehr leichten Poliomyelitis anterior. Schade (Göttingen).

V. Busch (Leipzig), Zur Therapie der postdiphtherischen Lähmungen. (Wiener med. Presse. 1903. No. 50.) B. hat bei einem 12jähr. Mädchen mit einem neuen Organopräparat „Heritin“, dessen Wirkung gegen die jene Lähmungen bewirkende Toxine gerichtet sein soll, prompten Erfolg erzielt; er gab davon 3mal täglich 5 Tropfen in Milch. Grätzer.

Mihàly Horvàth, Die orthopädische und chirurgische Behandlung der infantilen cerebralen Lähmungen. (Budapesti orvosi ujsàg. 1903. No. 33.) Die mit überaus lehrreichen Krankengeschichten illustrierte Arbeit plädiert für die chirurgische und orthopädische Behandlung der Paralysis cerebralis infantilis, in Fällen mit erhaltener Intelligenz. Bei Kontrakturen spastischen Ursprunges ist nach Verf. die plastische Sehnenverlängerung, Transplantation und Verlängerung der Sehne bei Bestand einer Parese neben dem Spasmus indiziert. Ernö Deutsch (Budapest).

R. Neurath, Veränderungen im Zentralnervensystem beim Keuchhusten. (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 46.) N. berichtet über die Befunde, die er bei der Untersuchung des Zentralnervensystems infolge verschiedener Todesursachen verstorbener keuchhustenkranker Kinder gewonnen hat. Es standen ihm 17 Fälle zur Verfügung. Makroskopisch fand sich Meningealödem, Hyperämie der Meningen, des Gehirnes, stärkere oder schwächere Gefäßinjektion oder auch normaler Befund. Mikroskopisch nur 1mal normale Verhältnisse. Oft war die Dicke der Pia stark vermehrt, ihr Gefüge durch Dehnung der Gewebsmaschen gelockert, in reichlichem Maße von Zellen durchsetzt, deren Kerne einerseits Leukocyten, anderseits proliferierten Bindegewebszellen anzugehören schienen, außerdem ließen sich größere oder kleinere Blutergüsse im Gewebe der Pia und zwischen dieser und der Hirnoberfläche erkennen. In den Rindenpartien der Hemisphärenregionen fand sich Erweiterung der perizellulären und vaskulären Lymphräume, Ödem, Blutergüsse, Hyperämie und Rundzellenanhäufung längs der Gefäße. In einigen Fällen überwog das Ödem der Meningen, in anderen das der Hirnmasse. Die geschilderten Veränderungen fanden sich in wechselnder Intensität und in wechselnder Kombination.

Was die Deutung dieser Befunde anbelangt, so ist N. geneigt,

in der Zellinfiltration der weichen Hirnhäute einen Entzündungsprozeß zu sehen, der in manchen Fällen hauptsächlich auf Rundzelleninfiltration, in anderen auf Proliferationsvorgängen der Gewebszellen, in anderen auf beiden beruht. Die Blutaustritte in die Hirnhäute und in die Hirnsubstanz möchte N. so lange nicht überschätzen, als sich dieselben nicht mit Sicherheit als vital erwiesen haben. Die Ergebnisse der Untersuchungen gewinnen aber an Bedeutung, wenn man die histologischen Befunde mit den negativen oder vieldeutig positiven anatomischen in Parallele bringt, ganz besonders aber, wenn man den klinischen Verlauf der Fälle heranzieht. N. nahm erst später Einsicht in die Krankengeschichten, wobei sich eine überraschende Kongruenz fand, insofern gerade jene Fälle, die mit ausgesprochen nervösen Symptomen, Konvulsionen, Hirndruckerscheinungen, Somnolenz, meningitischen Symptomen verlaufen waren, histologisch überaus entwickelte Veränderungen der geschilderten Art, speziell starke Zellansammlung in den Meningen erkennen ließen.

Näheres will N. in einer ausführlichen Arbeit bringen. Grätzer.

Gr. Jacobson, Klinische Studie über zwei anormale Formen von Keuchhusten (atypische Form, dyspeptische Form). (Archives de médecine des enfants. August 1903.) Man beobachtet im Verlaufe einer Keuchhustenepidemie Fälle, die außer trockenem Husten kein einziges der für Tussis convulsiva charakteristischen Symptome, wie Reprisen, Erbrechen, Fieber usw. darbieten und trotzdem infektiöser Natur sind, d. h. die Veranlassung zu wahrem Keuchhusten geben können, wie dies J. nachweisen konnte. Es ist dies von prophylaktischem Standpunkte sehr wichtig, da Kranke mit atypischer Keuchhustenform die Krankheit, ohne es zu wissen, überall hin verbreiten können.

In anderen Keuchhustenfällen beobachtet man ein Vorwalten der dyspeptischen Form. Appetitlosigkeit, Ubelkeit, Erbrechen, auch Diarrhöe und schleimige Stühle treten in den Vordergrund und bringen die Kranken sehr herunter, derart, daß man oft die Entwicklung einer akuten Tuberkulose befürchtet. Diese Erscheinungen beruhen wahrscheinlich auf einer infektiösen oder toxischen Gastritis und verschwinden gleichzeitig mit dem Keuchhusten. Es ist von Wichtigkeit, zu wissen, daß bei der dyspeptischen Form jedwede innere Medikation den Zustand verschlimmert und daß die Kranken sich am besten unter absoluter Milchdiät befinden. Jeder Diätfehler führt eine rasche Temperaturerhöhung und eine Verschlimmerung des ganzen Zustandes herbei. Nicht immer bestehen dyspeptische Symptome während des ganzen Verlaufes eines Keuchhustens; oft treten dieselben periodisch auf und verschwinden, während die Grundkrankheit ihren weiteren Verlauf folgt. E. Toff (Braila).

Dino Benedetti, Die glykogenetische Funktion der Leber bei keuchhustenkranken Kindern. (Rivista d. Clinica Pediatrica. Sept. 1903.) Verf. kommt auf Grund von Versuchen, die er an 13 keuchhustenkranken Kindern, denen er Lävulose in Dosen von 30—45 g verabreichte, zu dem Resultat, daß bei diesen Kindern die glykogenetische Funktion der Leber ungenügend ist. F.

Jacob Sobel, Paroxysms of Whooping-Cough treated by Pulling the lower jan downwards and forwards (Naegeli). (Archives of Pedaitries. Juni 1903.) Von Nägeli rührt das Verfahren her, Keuchhustenanfälle durch Vorschieben des Unterkiefers zu koupieren. Man schiebt den Unterkiefer genau in der Weise vor und abwärts, wie dies bei der Chloroformnarkose geschieht.

Zuerst von Nägeli beschrieben, geriet das Verfahren alsbald in Vergessenheit. Verf. hat es nun wieder einmal an zahlreichen Fällen geprüft, und resumiert seine Erfahrungen wie folgt: 1. Der Handgriff koupiert den Anfall in den allermeisten Fällen. 2. Bei älteren Kindern ist der Erfolg größer als bei Säuglingen. 3. Als alleinige Kontraindikation gilt die Anwesenheit von Speisen im Mund oder im Oesophagus. 4. Das Verfahren ist wenigstens ebenso wirksam wie irgend ein Medikament und verdient somit weitere Anwendung und Verbreitung. 5. Die Methode beugt in wirksamer Weise vielen Komplikationen des Keuchhustens vor. Die Kinder überwinden die Krankheit leichter und sind am Ende weniger abgemagert und entkräftet. 6. Natürlich soll das Verfahren die anderweitigen therapeutischen Maßnahmen nicht verdrängen, sondern vielmehr unterstützen.

Leo Jakobi (New York).

H. Kittel (Mückenberg), Kurzer Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. (Therap. Monatshefte. August 1903.) K. wandte Aristochin bei einer Keuchhustenepidemie mit bestem Erfolge an. Kinder unter 1 Jahr erhielten 3 mal täglich soviel g, wie sie Monate zählten, bis zu 0,1 g, größere bis zu 3 mal täglich 0,2 g, mit Wasser oder Milch. Die Kinder nahmen das Mittel so stets gern, unangenehme Erscheinungen zeigten sich niemals. Es wurden 34 Kinder behandelt, bei denen stets erhebliche Verkürzung der Krankheitszeit, auffallende Steigerung des Appetits usw. erzielt wurden. Frühzeitig angewandt, wirkte Aristochin direkt koupierend ein.

Grätzer.

Rommel (Neuzelle), Über Unguent. argent. colloid. Credé, seine Anwendungsweise und Wirkung. (Therap. Monatshefte. Oktober 1903.) R. hat die Salbe in 2 größeren Epidemien von Scharlach und Masern angewandt und auffallende Erfolge damit erzielt, speziell einen ungemein raschen und gutartigen Verlauf. Auffallend war während der Masernepidemie, daß alle gleich beim Einsetzen der Erkrankung mit der Salbe behandelten Kinder keine Mittelohreiterungen bekamen, während solche bei den anderen recht häufig waren. Wo erst bei beginnenden Ohrenschmerzen und Rötung des Trommelfells die Salbe zur Anwendung kam, ging der entzündliche Prozeß stets zurück. Ja, selbst in Fällen, in denen wegen deutlicher Exsudation hinter dem Trommelfell schon für den nächsten Tag die künstliche Eröffnung in Aussicht genommen war, konnte diese unterbleiben, weil nach den zuvor noch 2 mal täglich vorgenommenen Einreibungen alle Erscheinungen sich wesentlich gebessert hatten und weiter sehr rasch verschwanden.

Außer in gefahrdrohenden Fällen genügt es, täglich 1 mal die Salbe zu applizieren, und zwar bei Erwachsenen und größeren Kindern

3 g, bei kleineren 2 g, bei Kindern unter 1 Jahr 1 g. Die Einreibung, welche 15 Minuten dauert (bei Erwachsenen 25 Minuten) erfolgt auf die vorher gut abgeseifte und mit Alkohol gereinigte Haut (Oberschenkel, Oberarme, Rücken) mittels eines mit Leinwand überzogenen großen Korkes; nachher Überdeckung mit Guttaperchapapier.

Die Inunktionen bewährten sich auch vorzüglich bei septischen Erkrankungen (Phlegmone, Osteomyelitis, Erysipel, Mastitis, Furunkulose usw.), bei Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Pleuritis, Influenza, Anginen, Appendicitis. Grätzer.

G. W. Squires, Eczema cured by Measles. (Medical Record. 17. Oktober 1903.) Das 18 Monate alte Kind litt an einem hartnäckigen Gesichtsekzem, welches jeder Behandlung trotzte. Da erkrankte der Knabe an Masern, und nach Ablauf des Exanthems schwand merkwürdigerweise das sehr böse Ekzem vollständig, um nicht wiederzukehren. Leo Jacobi (New York).

Micola, Über das Ptomain im Urin Masernkranker. (Giornale della R. Academia di medicina di Torino. 1903. No. I.) Verf. hat die von Griffiths aus dem Urin Masernkranker gewonnene basische Substanz, die er als Glycocyamidin ($C_3N_3H_5O$) bezeichnete, verglichen mit dem Glycocyamidin, das man im Laboratorium herstellt, und gefunden, daß beide Körper wesentlich voneinander unterschieden sind; es folgt, daß die von Griffiths erlangten Resultate falsch sind. F.

Elena Manicatide und **P. Galesescu,** Untersuchungen über die Leukocytose bei Masern. (Spitalul. 1903. No. 4—5.) Die Verff. haben Blutuntersuchungen bei 31 Maserkranken verschiedenen Alters durchgeführt und hierbei folgendes gefunden, Bei nicht komplizierten Masern findet man immer eine leichte Leukocytose während der Eruption, welche gewöhnlich im Desquamationsstadium abfällt; die großen einkernigen Zellen sind verhältnismäßig vermehrt. Diese Charaktere dienen zur Unterscheidung der Masern vom Scharlach, wo die Leukocytose viel ausgesprochener ist und Polynukleose besteht, ebenso von verschiedenen toxischen oder infektiösen Erythemen. Da die Mononukleose auch bei Pocken im Anfangsstadium gefunden wird, bildet dieselbe kein Unterscheidungsmerkmal von Morbillen. Die bei diesen Untersuchungen benutzten Färbungsmethoden waren jene von Romanowsky, E. von Willebrand, Berestneff und die Hämatoxylin-Eosinfärbung. Die Präparate wurden lufttrocken oder nach Fixierung durch Wärme untersucht. E. Toff (Braila).

W. Freund, Beobachtungen über die Verbreitungsweise der Masern. (Aus der Universitätskinderklinik zu Berlin.) (Monatsschrift für Kinderheilk. Dezember 1903.) F. hatte in der Kinderabteilung des Armenhauses der Stadt Breslau, wo Kinder aller Altersstufen, vom Säuglingsalter bis zum Ende der Schulpflicht, in 4 Gruppen getrennt, untergebracht sind, die Verbreitung der Masern zu beobachten Gelegenheit und fand dabei einige recht bemerkenswerte, auch praktisch wichtige Momente. Grätzer.

S. Kohn (Prag), Über eine seltene Maserninfektion in einer Familie. (Prager med. Wochenschrift. 1903. No. 32.) 3 Geschwister erkranken an Masern, die durch verschiedene Komplikationen recht schwer verlaufen. In der Rekonvaleszenz werden alle 3 Kinder (sowie das Dienstmädchen) von schwerem Scharlach befallen, dem 2 Kinder erliegen. Eine Infektionsquelle war nicht zu eruieren. Das am Leben bleibende Kind erkrankte unmittelbar nachher noch an Influenza.

Grätzer.

J. Comby, Masern mit Rezidiven. (Arch. de méd. des enf., Juni 1903.) Nach einer kurzen historischen Übersicht gibt C. die Krankengeschichten dreier von ihm beobachtete Masernrezidive. Der zwischen den Erkrankungen verflossene Zeitraum war von 3 bis 4 Wochen, und waren die Eruptionen immer typischer Natur. In einem der Fälle war die erste Eruption ekchymotischer Natur, die zweite normal; in einem anderen war der Rückfall ekchymotisch.

Die rezidivierenden Masern bieten keine besondere Gravität, und ist die Prognose im allgemeinen günstig; die Fälle heilen ohne Schwierigkeit und ohne Komplikationen.

E. Toff (Braila).

N. Pitt, Koma bei Masern. (The Brit. med. Journ. 21. Nov. 1903.) Koma ist im Verlaufe von Masern ein sehr seltenes, prognostisch ungünstiges Vorkommnis. Der Verfasser führt als Ursache an: 1. Toxämie; 2. Meningitis, besonders die eiterige vom Ohr ausgehende, oder die tuberkulöse; 3. Thrombosis, die häufig Hemiplegie im Gefolge hat; 4. disseminierte Encephalitis; 5. Poliomyelitis anterior oder disseminierte Myelitis, die im Beginn oft mit Delirium und Koma verbunden ist. Die toxischen Formen des Komas endigen fast immer letal.

Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, der am 10. März 1899 mit hohem Fieber erkrankte. Am 11. brach ein Masernexanthem aus. Bis zum 15. war das Allgemeinbefinden noch relativ gut, als der Patient plötzlich unruhig wurde und stark zu delirieren anfing. Der Masernausschlag war am 16. voll entwickelt. Am 17. stellte sich Kollaps und Koma. Incontinentia urinae und Obstipation ein. Der Puls betrug 110; die Temperatur 39,5°. Nach kurzem Abfall derselben am nächsten Tage trat unter Schüttelfrost und Kollaps ein Wiederanstieg der Temperatur ein. 4 Tage hielt das Koma an, dann kehrte das Bewußtsein langsam zurück. Der Patient genas, litt jedoch 4 Monate an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche.

C. Berliner (Aachen).

S. v. Gerlòcry, Fieberlos und unr mit Andeutung des Exanthems verlaufender Fall von Masern. (Orvosi hetilap. 1903. No. 21.) Unter vier Geschwistern haben haben drei Morbillen mit typischem Verlaufe durchgemacht, das vierte Kind war fieberfrei, hatte schwache Spuren des Ausschlages, die Koplikschen Flecken waren 3 Tage lang deutlich zu beobachten.

Ernö Deutsch (Budapest).

Aronheim (Gevelsberg), Sind die Koplikschen Flecken ein sicheres Frühsymptom der Masern? (Münchener med. Wochen-

schrift. 1903. No. 28.) A. hatte günstige Gelegenheit, bei einer ausgedehnten Epidemie die Kinder im Inkubations- und Prodromalstadium zu untersuchen, fand aber nur in wenig Fällen (6 %) die Flecken vor. Grätzer.

K. Manasse (Karlsruhe), Über die Bedeutung der Koplikschen Flecken als Frühsymptom der Masern. (Die Heilkunde. 1903. No. 10.) M. hat seit 1900 wieder 48 Fälle von Masern gesehen, wo er schon sehr früh auf das Auftreten der Flecke achten konnte. In 45 Fällen zeigten sich dieselben ganz typisch so, wie sie Koplik beschrieben. Das eigentliche Schleimhautexanthem kam erst 2—3, auch 4—5 Tage später zum Vorschein. M. achtete auf die Flecken bei jeder verdächtigen Erkrankung und fand bei ca. 20 Fällen von Röteln und Scharlach die Koplikschen Flecken nie. Er schließt aus seinen Beobachtungen:

1. daß die sogen. Koplikschen Flecken sich streng von dem im Beginne der Masernerkrankung auf der Schleimhaut des Mundes und des Gaumes auftretenden Exanthem unterscheiden lassen;

2. daß sie in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle sichtbar sind und somit ein sehr wertvolles Frühsymptom zur Diagnostizierung der Masern darstellen. Grätzer.

O. Müller, Beobachtungen über Koplikscke Flecke, Diazo-Reaktion und Fieber bei Masern. (Aus der mediz. Univers.-Poliklinik in Marburg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 3.) M. faßt die Resultate seiner Beobachtungen, wie folgt, zusammen: 1. Die Koplikschen Flecke sind ein in reichlich $^4/_5$ der Fälle vorhandenes, häufig schon am ersten Krankheitstage auftretendes Frühsymptom der Masern; sie sind jedoch für sich allein für Masern nicht pathognomonisch, da sie wiederholt auch bei Röteln beobachtet wurden.

2. Die Diazoreaktion im Harn ist auf der Höhe der Krankheit fast ausnahmslos nachweisbar, sie tritt in der Regel erst mit dem Ausbruch des Exanthems auf und ist demgemäß kein Frühsymptom.

3. Die Fieberkurve der Masern weist in den meisten unkomplizierten Fällen im Beginn des katarrhalischen Stadiums eine kurze, starke Steigerung auf, dieser folgt eine 1—2tägige Intermission und nunmehr tritt ein rasch ansteigendes, ca. 4 Tage dauerndes kontinuierliches Fieber ein, das meist kritisch wieder abfällt. Seltener steigt das Fieber allmählich remittierend oder ohne jede Vorboten plötzlich und schroff an. Grätzer.

S. Monrad (Däne), Über die sogenannten Koplikschen Flecke bei Masern. (Ugeskrift for Läger. No. 27. 1903.) Im Prodromal- und im Inkubationsstadium der Masern beobachtet der Verf. das Koplikscke Frühsymptom 44 mal bei 74 Kindern, d. h. in fast 60 % der Fälle, die er systematisch untersuchte. (Die Fälle, in welchen das Symptom gleichzeitig mit dem Ausschlag vorhanden war, aber welche der Verf. früher nicht gesehen hatte, wurden nicht mitgerechnet.) Da er das Symptom nur bei Masern beobachtet hat, betrachtet er es als pathognomonisch für diese Krankheit. In 17 Fällen

wurde das Symptom 24 Stunden, in 18 2mal 24 Stunden, in 6 3mal 24 Stunden, in 2 4mal 24 Stunden und in einem Fall 5mal 24 Stunden vor der Erscheinung des Ausschlags nachgewiesen. Da die Flecke vor der Entstehung des Fiebers auftreten können, haben sie unter Umständen außer ihrer diagnostischen auch eine prophylaktische Bedeutung. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

W. Schukowsky, Ein Fall von morbillösen Röteln bei einem Neugeborenen. (Medizinskoje Obosrenije. 1903. No. 7.) In der St. Petersburger Gebäranstalt trat bei einem zwei Wochen alten Kinde ein Ausschlag auf, welcher nach 3 Tagen verschwand und während seines Bestehens die größte Ähnlichkeit mit einem typischen Masernexanthem aufwies. Die Begleiterscheinungen des akuten Exanthems waren: Schwellung der Halslymphdrüsen, leichte Hyperämie der Gaumenschleimhaut, Verstopfung, Unruhe und ein fieberhafter Zustand (Temperatur am ersten Krankheitstage 39,5°) Nachdem der Ausschlag zur vollsten Entwickelung gekommen war, ging die Körpertemperatur herunter und das Kind begann sich wiederum völlig wohl zu fühlen. Nach dem Abblassen des Exanthems war eine partielle und sehr geringfügige Abschuppung auf der Haut der Brustgegend zu bemerken. Septische Infektion, symptomatische Röteln, Erythema neonatorum und syphilitische Roseola konnten ausgeschlossen werden. Der Autor hebt hervor, daß es gleichzeitig in derselben Gebäranstalt ein 4 jähriges Mädchen. die Tochter eines im Anstaltsgebäude lebenden Angestellten, behandelt hat, welche ebenfalls an einem masernähnlichen Ausschlage litt; aus der Anamnese erhellte, daß dieses Mädchen in einem Alter von 8 Monaten bereits die Masern durchgemacht hatte (diese Angabe wurde von dem Arzt, der es damals in Behandlung hatte, bestätigt), und demgemäß mußte wohl das morbillöse Exanthem eher als Rubeola angesprochen werden. A. Dworetzky (Moskau).

Ch. Pillon, Contribution à l'étude de la rougeole ecchymotique. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Ekchymotische Masern kommen beiläufig im Verhältnisse von 6 % zur Beobachtung. Dieselben sind nicht schwerer als gewöhnliche Masern und zeigen auch keinerlei besondere Komplikationen. Die Prognose ist infolgedessen eine gute.

Die ekchymotischen Flecken erscheinen gewöhnlich am zweiten Eruptionstage, mitunter am 3. oder 4. Tage, seltener am 6. Nachdem dieselben die verschiedenen charakteristischen Färbungen durchgemacht haben, verschwinden sie innerhalb 10 und 15 Tagen, verbleiben aber in seltenen Fällen auch durch 20 Tage. Zwei Fälle von Rezidiven zeigten die Eigentümlichkeit, daß während der ersten Erkrankungsperiode gewöhnliche Masern auftraten und während der Rezidive ekchymotische; in einem anderen Falle war es umgekehrt. E. Toff (Braila).

M. Dodin (Elisabethgrad), Über Masernkrupp und 4 Fälle von Tracheotomie wegen desselben. (Allgem. mediz. Zentral-Ztg. 1903. No. 29 u. 30.) D. hatte Gelegenheit, eine Masernepidemie zu beobachten, bei der ungewöhnlich zahlreiche Fälle von Masernkrupp

vorkamen, letzterer besonders bösartig war und die Tracheotomie sehr schlechte Resultate ergab. Er führt 4 Fälle als Illustration für das Gesagte an und faßt die dabei gemachten Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Masern sind, namentlich bei Kindern jüngeren Alters, bei weitem keine harmlose Krankheit.

2. Komplikationen von seiten des Kehlkopfes sind äußerst ernst, und der Arzt muß sofort ihnen seine ganze Aufmerksamkeit entgegenbringen.

3. Bei dieser Komplikation muß man stets an die Möglichkeit eines membranösen Prozesses im Kehlkopf denken, unabhängig davon, ob in der Stadt epidemische bezw. sporadische Fälle von Diphtherie vorhanden sind.

4. In Anbetracht der wenig befriedigenden Resultate, welche durch die gewöhnliche Intervention (Tracheotomie) sowie durch die Intubation erzielt werden, muß man sich möglichst einer konservativen Behandlungsmethode so lange befleißigen, bis bedrohliche Erscheinungen eingetreten sind.

5. Sind bedrohliche Erscheinungen eingetreten, so soll man immerhin auf die Vornahme der Tracheotomie nicht verzichten, trotzdem dieselbe einen hohen Mortalitätsprozentsatz gibt.

6. Diphtherieheilserum erweist sich bei Masernkrupp als unwirksam, und es wäre erwünscht, daß man bei dieser Krankheit einen Versuch mit Antistreptokokkenheilserum machte. rätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. November 1903.

Alfr. Japha hält einen Vortrag: **Über den Stimmritzenkrampf der Kinder.** Vortragender hat an mehr als 500 Kindern sehr mühsame elektrische Untersuchungen angestellt, die zu bemerkenswerten Resultaten geführt haben. Diese faßt J. folgendermaßen zusammen:

Der Stimmritzenkrampf der Kinder vereinigt sich mit einer gewissen Art von Konvulsionen und gewissen lokalen Krampfzuständen zu einem Krankheitsbilde, welches charakterisiert ist durch eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems gegenüber allen Arten von Reizen. In Analogie mit ähnlichen Zuständen beim Erwachsenen mag man von einer Kindertetanie sprechen, ohne daß dabei gesagt ist, daß die Ursache der Störung eine gleichartige sei.

Die Ursache dieser Kindererkrankung ist nicht ganz geklärt. Die winterliche Jahreszeit, vielleicht durch Vermittelung von Wohnungsschädlichkeiten begünstigt den Ausbruch der Erkrankung, von allergrößter Bedeutung sind aber Ernährungsschädlichkeiten, besonders kann die Kuhmilch die Erscheinungen hervorrufen, während Milchentziehung dieselben oft prompt für die Zeit des Aussetzens, manchmal dauernd beseitigt, wofern man nur für eine Regelung der Diät sorgt. Der Einfluß der Ernährung scheint sich aber erst sekundär infolge einer funktionellen Organstörung geltend zu machen.

Diskussion: Hauser hält solche Untersuchungen für zu schwierig, als

daß man aus ihnen Schlüsse ziehen könnte. Auch darf man bezüglich des Laryngospasmus nicht schematisieren. Nachdem es feststeht, daß kerngesunde Kinder ohne Spur von Rachitis, Brustkinder, bei jedem Zustande heftiger psychischer Erregung einen echten Stimmritzenkrampf kriegen können, möchte H. leugnen, daß der Stimmritzenkrampf ein so eindeutig tetanisches Symptom genannt werden darf. Ebenso ist bekannt, daß Kinder, die einen mehr oder weniger hohen Grad von Idiotie bieten, ausgesprochene, über Jahre sich regelmäßig wiederholende Anfälle von Stimmritzenkrampf haben, wo von Tetanie gar keine Rede sein kann. H. möchte also seine Ansicht dahin aussprechen: Der Stimmritzenkrampf ist wohl häufig ein Zeichen der Tetanie. Er ist aber wahrscheinlich nichts anderes, als eine der vielen Krampferscheinungen, unter denen sich der Zustand kennzeichnet, den Heubner als spasmophilen Zustand bezeichnet hat, nämlich der Zustand, in dem sich zahlreiche Kinder befinden, mehr oder weniger sogar gesunde Kinder, zweifellos alle rachitischen Kinder, alle kranken Kinder, fiebernde, verdauungskranke Kinder, die eben sehr zu Krämpfen aller möglichen Formen neigen.

Was die Ätiologie des Spasmus glottidis anbelangt, so hat H. noch den Eindruck, daß es häufig Stoffe sind, welche, vom Darm aus resorbiert, toxisch wirken. H. gibt seit Jahren bei Tetanie zunächst ein Abführmittel, da es sich meist um Kinder handelt, die zu chron. Verdauungsstörungen, mit Obstipation einhergehend, leiden, wo also der Darm Gelegenheit hat, solche toxische Substanzen zu resorbieren. Er setzt dann die Kinder eine Zeitlang auf Mehl- und Schleimsuppenkost und erzielte damit vorübergehend gute Erfolge. Aber man kann doch unmöglich den Kindern auf die Dauer, solange der Spasmus glottidis besteht, die Milch entziehen, und die Wenigsten dürften in der Lage sein, solchen Kindern die ideale Nahrung der Mutterbrust darzubieten. H. hat noch den Eindruck, daß die Lehre Henochs zu Recht besteht, daß es im Grunde doch die Rachitis ist, welche zu allen solchen Krampfformen die Grundlage abgibt, und daß die Gelegenheitsursache in solchen Verdauungsstörungen, toxischen Einflüssen gelegen sein muß, daß also die Quintessenz der Behandlung die Behandlung der Rachitis ist. Nachdem H., diesem Prinzip folgend, die Kinder behandelt mit Milch, mit gemischter Kost, mit möglichster Zufuhr reiner Luft und mit Unterstützung anderer Maßnahmen, ist der Erfolg eher besser als früher, und Phosphor und alle derartigen Dinge waren zu entbehren.

Finkelstein hat selbst reichliche Erfahrungen sammeln können, und betont zunächst Hauser gegenüber, daß die elektrische Untersuchung durchaus leicht ist, und daß es sehr wohl gelingt, einen ganz zuverlässigen Zuckungswert festzustellen.

F. sieht nun den Wert dieser elektrischen Untersuchungsmethode erstens darin, daß es gelungen ist, die verschiedenartigen konvulsivischen Erscheinungen: Tetanie, Laryngospasmus und gewisse Formen von Eklampsie, die früher als isolierte Zustände aufgefaßt worden sind, durch den Nachweis einer bleibenden Anomalie des Gesamtnervensystems, der eben durch die elektrische Untersuchung geführt wird, endgültig in den Rahmen einer allgemeinen Übererregbarkeitsneurose zu vereinen. Es ist gleichgültig, ob wir diese Neurose als Tetanie oder als spasmophilen Zustand bezeichnen mögen; das Ausschlaggebende bleibt, daß eine allgemeine Erkrankung vorliegt, aus der durch irgendwelche Hilfsmomente plötzlich verschiedenartige konvulsivische Erscheinungen hervorwachsen können.

Das weitere wichtige Ergebnis der elektrischen Untersuchung ist die Erkenntnis, daß die in Rede stehende Neurose nicht nur die durch konvulsivische Erscheinungen ausgezeichneten Zustände umfaßt, sondern diese feinfühlige Untersuchungsmethode gewährt einen Einblick in einen früher unbekannten Kreis rudimentärer Zustände von allgemeiner Übererregbarkeit der Nerven, die eben nur gegenüber der elektrischen Untersuchung ihr Dasein entschleiern, und derartige Zustände sind in überraschend großer Häufigkeit vorhanden. Unter 500 Kindern seines aus Kindern der ärmsten Volksschichten bestehenden Materials fand F. nicht weniger als 278 durch die elektrische Untersuchung nachweisbare Übererregbarkeitsneurosen, und von diesen wies höchstens $^{1}/_{3}$ noch andere Symptome der Störung auf. Denn es ist nicht nötig, daß die latente Neurose sich jedesmal steigert zu einem konvulsiven Anfall oder zu einem Stimmritzenkrampf; dazu bedarf es noch bestimmter Hilfsmomente, die uns zum großen Teil noch unbekannt sind.

Die letzten Jahre haben nun gezeigt, daß die Symptome der Übererregbarkeitsneurose in weitem Umfange durch die Art der Ernährung beeinflußbar sind. Unter seinen 278 pathologisch reagierenden Kindern befanden sich nur künstlich ernährte. Ihnen steht gegenüber eine Untersuchungsreihe von 100 an der Brust genährten Kindern; unter denen fanden sich nur sechs krankhaft reagierende Kinder, und von diesen sechs wiederum war nur ein einziges, welches einen nur wenig gesteigerten Zuckungswert erkennen ließ, von Geburt ausschließlich an der Brust gewesen, alle anderen waren, bevor sie an die Brust kamen, kürzere oder längere Zeit mit Kuhmilch gefüttert worden. Wir stehen also vor einem prinzipiellen Unterschied zwischen der Wirkung der natürlichen und künstlichen Ernährung. Und dieser Unterschied wird noch deutlicher, wenn wir ihn an einem und demselben Kinde betrachten. Wenn man nämlich ein an der Flasche pathologisch reagierendes Kind an die Brust bringt, so zeigt es sich, daß innerhalb weniger Stunden bis Tagen die vorher pathologisch gesteigerte Reaktion binnen kurzem zur Norm zurückkehrt. Ferner zeigt es sich, daß jedesmal, sobald Kuhmilch gegeben wird, die Kurve der elektrischen Reaktion in die Höhe steigt, und daß die Höhe der elektrischen Reaktion abhängt von der Menge der dargereichten Kuhmilch. Dies und noch manch andere Tatsache beweist, daß das Symptom der elektrischen Übererregbarkeit durch die Ernährungsmethode in weitem Umfange beeinflußt wird, und in gleicher Weise pflegen sich in den meisten Fällen auch die vorhandenen konvulsivischen Symptome zu verhalten. Welcher Stoff aber ist es, der diese wichtige Rolle spielt? F. hat Untersuchungen angestellt, die entschieden zeigten, daß man hier keinesfalls zum Vergleich die Tetanie der Erwachsenen heranziehen darf, die vielfach auf eine Vergiftung mit einem noch hypothetischen Nervengift zurückgeführt wird. Vielmehr muß man daran denken, daß ähnlich z. B. wie beim Diabetes die Zuckerzerstörung gelitten hat, auch bei dieser Anomalie der Kinder die Zerstörung gewisser anderer aus der Nahrung stammender Stoffe gelitten hat, und daß die Anhäufung dieser normaliter schnell verschwindenden Stoffe im Nervensystem die Übererregbarkeit hervorruft.

Japha (Schlußwort) hebt seinerseits die außerordentliche Leichtigkeit hervor, mit der bei Kindern solche elektrische Untersuchungen erfolgen. Ja, Kinder, die bei dieser Untersuchung nicht schreien, sind fast immer tetaniekrank, und zwar das deshalb, weil man bei elektrischer Untersuchung bei solchen Kindern sehr niedrige Stromstärken gebraucht, die keine Schmerzen hervorrufen, bei gesunden Kindern aber, um Zuckungen zu erzeugen, hohe Stromstärken. Nach Hauser gibt es also Fälle von Stimmritzenkrampf, wo kein Zusammenhang mit Tetanie besteht. Gerade diesen Zusammenhang aber habe J. ja beweisen wollen. Er habe ja doch in der Mehrzahl der Fälle von Stimmritzenkrampf, in der überwiegenden Mehrzahl, eine erhöhte elektrische Erregbarkeit gefunden, und stehe deshalb auf dem Standpunkt, daß man vielleicht in allen Fällen eine solche finden kann, und den Fällen von angeblichem Stimmritzenkrampf, wo man bei häufigerer Untersuchung eine solche erhöhte elektrische Erregbarkeit nicht findet, stehe er ein wenig skeptisch gegenüber. Wenn nach Hauser Brustkinder, angeblich gesunde Kinder, den Stimmritzenkrampf bekommen, so ist ja damit natürlich noch nicht gesagt, daß sie sonst ganz darmgesund sind, denn zu der Zeit, wo der Stimmritzenkrampf zuerst auftritt, pflegen ja auch die meisten Brustkinder schon Beinahrung zu erhalten, noch weniger aber ist damit gesagt, daß sie keine erhöte elektrische Erregbarkeit haben.

Sitzung vom 2. Dezember 1903.

(Nach „Mediz. Blätter“ und „Münch. med. Wochenschr.“)

Hauser: **Über zyklische Albuminurie.** Zyklische und orthotische Albuminurie ist nach Verf. synonym.

Wir müssen viel strenger unterscheiden zwischen denjenigen Fällen von orthotischer Albuminurie, bei denen, wenn auch nur zeitweise und sehr spärlich, geformte Elemente gefunden werden, und denjenigen, welche solche, trotz unendlich oft und sorgsam angestellter Untersuchungen stets vermissen lassen. Die ersteren Fälle zählen sicher zu den echten nephritischen Erkrankungen, und nur die letztgenannten Fälle verdienen die Bezeichnung der orthotischen Albuminurie im engeren Sinne.

Als ätiologischen Faktor vermißt man in der Anamnese keines einzigen eine oder mehrere Infektionskrankheiten und zwar in einer Gruppierung, welche den kausalen Zusammenhang ganz außer Zweifel läßt.

Was ausschlaggebend erscheint: in einem Teile dieser Fälle entwickelt sich die orthotische Albuminurie direkt aus einer bald schweren, bald nur leichten Form von akuter Nephritis heraus.

Unzweifelhaft bietet ferner die Mehrzahl der an orthotischer Albuminurie leidenden Kinder klinische Symptome, die entschieden an die der Nephritiker sehr erinnern.

Im Hinblick auf alle die angeführten Punkte ist nach Hausers Auffassung das Wesen der orthotischen Albuminurie dahin präzisiert, daß es sich um Zirkulationsstörungen, vielleicht zum Teil um die Giftwirkung, um den Reiz von Stoffwechselprodukten gelegentlich größerer Muskelanstrengungen handelt, welche eine durch infektiöse Prozesse anatomisch geschädigte, in ihrer Leistungsfähigkeit geschwächte Niere veranlassen, zeitweise Eiweiß auszuscheiden. Der Sitz dieser Läsion muß in den Außenepithelien der Glomeruli-Gefäßschlingen angenommen werden.

Bei der Behandlung tut man gut, dieselbe mit einer Ruhekur zu beginnen und alle Nähr- und Genußmittel zu verbieten, von welchen irgend eine Reizung der Nieren zu befürchten ist. Die Patienten werden stets für lange Zeit auf eine ausschließliche Milch- und vegetarische Diät gesetzt.

Es ist viel wichtiger und für den Heilerfolg geradezu wesentlich, die Diurese anzuregen, für eine möglichst reiche Durchspülung der Nieren Sorge zu tragen. Es ist dies eine Erfahrung, welche bei allen Formen der Nephritis gemacht wird, und auch diese Analogie führt wieder zur Annahme, daß auch der orthotischen Albuminurie ein nephritischer Prozeß zugrunde liege.

Die Prognose der orthotischen Albuminurie ist jedoch nicht — wie dies bisher geschehen — ohne Einschränkung gut zu stellen; einem gewissen Prozentsatz der Fälle liegt zweifellos eine unheilbare chronische Nierenveränderung zugrunde.

Diskussion: Ruhemann: Er habe in zwei solchen Fällen im Sputum während jeden Anfalles Influenzabazillen gefunden. Einer starb bald darauf an Eklampsie. In fünf Fällen von akuter Nephritis erhob er den gleichen bakteriologischen Befund.

Bernhard: Die anamnestische Infektionskrankheit könne man nicht hoch einschätzen, denn welches Kind habe keine solche durchgemacht? Die nach solchen eine Zeitlang beobachtete leichte Albuminurie habe mit der zyklischen, in aufrechter Haltung auftretenden nichts zu tun. Diese hänge ab von den durch die veränderte Lage bedingten Blutdruckschwankungen, welche die Nierenepithelien momentan schädigen, so daß sie Albumen durchlassen.

Senator: Nach etwa 100 Beobachtungen dieser Art schließt er sich der ernsten Auffassung und Behandlung Hausers an. Die Blutdruckschwankungen, für welche auch Edel letzthin eingetreten, seien wir außerstande, exakt zu messen; auch beweisen sie nichts für den Blutdruck in den Nieren. Der Ausdruck orthotische Albuminurie sei nicht zu empfehlen.

Fürbringer: Er habe ebenfalls viele Fälle gesehen und stimmt im ganzen Senator und Hauser bei; desgleichen bezüglich der Therapie; doch läßt er keine Ruhekur vorangehen, sondern beginnt gleich mit der Bewegung. Er habe oft gesehen, daß die Kinder ihre Albuminurie in der frischen Luft verlieren und nach Berlin in die Schule zurückgekehrt sie wieder bekommen.

Litten fragt, ob Vortr. auch auf Albumosen geachtet habe. Blutdruckschwankungen haben bei Gesunden niemals Albuminurie zur Folge. Auch er ist der Ansicht, daß sich später oft eine Schrumpfniere einstellt.

Sitzung vom 13. Januar 1904.

(Nach Berliner klin. Wochenschr.)

G. Arnheim: **Demonstration eines Präparates von Mediastinaltumor beim Kinde.**

Der elfjährige Knabe war früher stets gesund. Im Herbst 1903 erkrankte er mit Klagen allgemeiner Natur, Schwäche in den Beinen beim Gehen, Kurzatmigkeit besonders nachts beim Liegen im Bett. Der Brustumfang nahm dann zu und es imponierte eine Skoliose. Er trug deswegen zeitweilig ein Korsett, das ihm aber bald zu eng wurde. 14 Tage vor Weihnachten hatte er einen Er-

stickungsanfall, der aber bald vorüberging. Einige Tage nach Neujahr wiederholte sich während des Essens der Erstickungsanfall, und er ging unter den Zeichen der äußersten Dyspnoe in ihm zugrunde.

Er hatte eine diffuse teigige Schwellung am Halse und der Brust. Der Brustkorb war in allen seinen Teilen verbreitert, Hals und Brust bedeckt mit stark geschlängelten Venenstämmen. Drüsenschwellungen in der Axilla. Radialpulse beiderseits gleichmäßig, Pupillen desgleichen. Keine Heiserkeit. Vorn auf dem Thorax, beginnend von der Fossa jugularis bis zum Schwertfortsatz, intensive Dämpfung, die sich nach links über die Mammillarlinie fortsetzt. H. U. unter der Scapula intensive Dämpfung. Herztöne äußerst leise. Atmungsgeräusch V. vesiculär, H. U. beiderseits stark abgeschwächt. — Die Diagnose war auf Mediastinaltumor gestellt worden.

In der Tat fand sich bei der Sektion ein kolossaler Mediastinaltumor. Er war mit dem Brustbein fest verwachsen und repräsentierte sich nach Ablösung desselben in einer Größe von ca. 25 cm. Nach oben sind brückenartige Verbindungen mit den Halsdrüsen durch die obere Thoraxapertur vorhanden, ebenso mit den retroperitonealen Lymphdrüsen, welche gleichfalls sarkomatös degeneriert sind. Der Tumor bedeckt die intrathorakalen Organe wie ein Panzer und hat dieselben nach hinten verdrängt. Das Herz speziell ist wie von einer Glocke überstülpt und stark nach hinten, links und unten verlagert. In beiden Pleuren mächtige Exsudate, besonders in der linken Pleura schätzungsweise ein Liter. Ferner sieht man eine starke Kompression der Atmungswege wie des Oesophagus. Die Trachea ist in ihren unteren Abschnitten noch vor der Bifurkation von starken Tumormassen umgeben, von den Bronchien kann man überhaupt nichts erkennen. Wahrscheinlich sind Teile von ihnen in den Tumor aufgegangen. Der Oesophagus ist gleichfalls an verschiedenen Stellen komprimiert und auf Bleistiftdicke ausgezogen. Bei einem derartigen Verhalten ist es geradezu wunderbar, wie die Funktionen des Lebens aufrecht zu erhalten waren. — Ferner sind noch zahlreiche Metastasen in den Nieren zu erwähnen.

Der Tumor ist mikroskopisch als ein Lymphosarkom festgestellt worden.

Mediastinaltumoren bei Kindern sind äußerst selten. Indessen bieten die Fälle bei Kindern weder klinisch noch anatomisch Unterschiede von dem Bilde der Mediastinaltumoren bei Erwachsenen. Was die Ursprungsstätte des Tumors anbetrifft, so hat Virchow in der Diskussion zu dem Vortrage von A. Fränkel (1891) die Lymphdrüsen und zwar in jeder beliebigen Form genannt, also die Hals-Bronchial-Mediastinaldrüsen. Ausdrücklich wies er aber auch auf eine Thymus persistens als Ausgangspunkt hin. Letzteres ist aber hier nicht der Fall, die Hauptmasse des Tumors sitzt weit tiefer und ist von Blutungen durchsetzt, von der Thymusdrüse hat er nichts mehr entdecken können, so daß er glaubt, daß die Geschwulst von den mediastinalen Lymphdrüsen ausgegangen ist. Zum Schluß weist er auf die allbekannte Tatsache hin, daß diese Geschwülste äußerst rapide wachsen und häufig erst bei erheblicher Größe für das Leben bedrohliche Erscheinungen hervorrufen.

Ärztlicher Verein in Hamburg.

(Münch. med. Wochenschrift u. Deutsche med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 6. Oktober 1903.

Deutschländer: **Zur Beurteilung der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkungen.**

Nach einer kurzen Erörterung des Gefahrenwertes der unblutigen Repositionsmethode geht D. auf die pathologisch-anatomischen Grundlagen ein, die für das Verständnis der Luxationstherapie unbedingt erforderlich sind, und im besonderen unterzieht er die Pfannenfrage einer eingehenden Besprechung. Die Auffassung, daß es sich bei den Luxationspfannen um rudimentäre, in ihrer Entwicklung gehemmte Pfannen handle, muß als irrtümlich bezeichnet werden und steht mit pathologisch-anatomischen Befunden und den Behandlungsergebnissen selbst in direktem Widerspruch. Vielmehr lassen sich zahlreiche Beweise er-

bringen, daß sich die Luxationspfannen im Zustande einer Entwickelungshypertrophie befinden. Gestützt auf Ergebnisse von Tierversuchen, die der Vortragende ausgeführt hat, und gestützt auf Befunde an pathologisch-anatomischen Präparaten, bei blutigen Repositionen und in Röntgenphotographien, führt D. aus, wie sämtliche die Pfanne konstituierenden Elemente gesteigerte Wachstumsvorgänge zeigen; besonders stark und auch besonders unregelmäßig prägen sich dieselben an der Knorpelpfanne aus; aber auch das knöcherne Pfannenfundament weist charakteristische Merkmale der Hypertrophie aus, die indessen insofern eine besondere Eigentümlichkeit besitzt, als sie sich in mehr regelmäßigen Formen vollzieht und wohl die Größe der Knochenpfanne etwas verringert, ihre Form aber im wesentlichen nicht beeinträchtigt. Die Heilung bei unblutiger Behandlung beruht auf der Rückbildungsfähigkeit des hypertrophischen Pfanneninhaltes und der hypertrophierten Knorpelpfanne und auf der Intaktheit der Form der Knochenpfanne.

An der Hand einer Reihe von Tabellen bespricht sodann D. die wichtigsten für die unblutige Behandlung in Betracht kommenden Fragen (Heilung bei einseitiger und doppelseitiger Luxation, Reluxationen, Nichtgelingen der Reposition usw.). Als Heilungen können nur die Fälle betrachtet werden, bei denen der Schenkelkopf exakt am primären Pfannenort steht, wo der Schenkelkopf direkt auf die Knorpelfuge hinweist und wo eine Rückbildung der hypertrophierten Gewebe eintritt. Alle Fälle, bei denen die letzteren persistieren, sind in strengem Sinne keine Heilungen und müssen unbedingt von der erste Gruppen geschieden werden. Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, ist die unblutige Behandlung zwar noch ziemlich weit von dem Ziele entfernt, eine Radikaloperation zu sein, die jedes andere therapeutische Verfahren überflüssig macht, immerhin aber leistet sie doch Befriedigendes. Die Hauptschwierigkeiten liegen in der Retention des Kopfes, und falls diese unblutig nicht gelingt, so ist das beste Mittel zur Überwindung dieses Hindernisses die blutige Reposition, die keineswegs ein Konkurrenzverfahren darstellt, sondern die notwendige Ergänzungsoperation ist, sobald man als Ziel der Luxationstherapie nicht Besserung, sondern Heilung anstrebt.

Sitzung vom 20. Oktober 1903.

Gleiß zeigt einen ungewöhnlichen Fall von Doppelmißbildung, den er vor einiger Zeit operiert hat. Es handelt sich bei einem sonst völlig normalen und gut entwickelten neugebornen Mädchen um eine **Doppelbildung der Unterleibsorgane.**

G. wurde von dem behandelnden Kollegen hinzugezogen zur Operation der bestehenden Atresia ani. Bei eingehender Untersuchung zeigte sich nun, daß bei einfacher Anlage der großen Labien, die nur nach der Symphyse hin etwas weiter als normal voneinander abstanden, die Organe von der Clitoris abwärts sämtlich doppelt vorhanden waren, als zwei Paare von kleinen Labien, zwei Harnröhren, zwei Scheiden und zwei Analfurchen, die durch ein breites Mittelfleisch getrennt waren. Dazu fand sich beiderseits eine Fistula rectovestibularis, die für eine gewöhnliche Sonde gut durchgängig, fast kontinuierlich, und zwar nicht gleichzeitig Kot entleerten. Eine genaue Sondenuntersuchung ergab nun, daß weder in Blase, noch Scheide, noch Mastdarm bei doppelseitiger Sondierung Sondenberührung nachzuweisen war, G. muß deshalb annehmen, daß diese drei Organe doppelt sind.

Da bei dem dauernden Durchströmen des Kotes durch die beiderseitigen Kloaken und der Enge der Rektovestibularfisteln in absehbarer Zeit wohl das Leben des Kindes gefährdet war, entschloß sich G. zur Operation der Atresia ani und wählte zur Inzision die linke, etwas tiefere Analfurche. In etwa 3 cm Tiefe stieß er auf den Darm, präparierte ihn frei und fand an ihm, in der Mitte der Hinterwand eine deutliche Raphe und Einziehung. Nach der Eröffnung der linken Seite konnte G. nun nicht in den Darm rechts gelangen, und auch eine in die rechte Fistel eingeführte Sonde gelangte nicht in die Wunde, es bestand vielmehr zwischen beiden Därmen ein Schleimhautseptum, das, soweit G. es verfolgen konnte, keine Kommunikation zwischen rechtem und linkem Mastdarm zeigte. Dieses Septum hat G. in der Mitte einige Zentimeter weit hinauf gespalten, eine Saumnaht angelegt, und nun den heruntergezogenen Darm in die Wunde eingenäht. Es erfolgte gute Heilung, die Fisteln entleeren jetzt etwa $2^1/_2$ Monate nach der Operation keinen Kot, und der After funktioniert zweimal täglich in normaler Weise.

Sitzung vom 17. November 1903.

Wagner: Achtjähriges Mädchen mit **kongenitalem totalen Defekt der Fibula** und des V. Metatarsus. Gleich nach der Geburt bildete das untere Fibuladrittel einen spitzen Winkel, daß so als korrigierende Operation eine Osteotomie und Tenotomie der Achillessehne vorgenommen wurde. Jetzt soll die Pes-valgus-Stellung durch orthopädische Maßnahmen korrigiert werden. — Röntgenbilder.

Conitzer: Kind mit **Barlowscher Krankheit**, das noch deutliche Blutfädchen an den Zähnen und zylindrische Schwellung eines Unterschenkels aufweist. Empfehlung der Lahmannschen Pflanzenmilch.

Diskussion: E. Fraenkel bemerkt, daß nach langer Pause jetzt wieder im letzten Halbjahr ein gehäuftes Auftreten von Barlowscher Krankheit zu konstatieren ist. Ihm sind fünf Fälle zur anatomischen Untersuchung gekommen, die eigentümlicherweise aus dem Krankenhausmaterial stammen. Auf die Details der Sektionsergebnisse ausführlich einzugehen, behält er sich vor. Blutungen im Bereiche des Zahnfleisches sind nur bei Kindern, die schon gezahnt haben, zu konstatieren. Wichtig ist es, auf hämorrhagische Zustände an den Kiefern zu achten. Warum Herr Conitzer das Lahmannsche Artefakt empfiehlt, ist ihm unverständlich, da wir in guter roher Milch ein vortreffliches Heilmittel haben.

Conitzer möchte trotzdem die Pflanzenmilch, gerade wegen ihrer pflanzlichen Zusätze — andere Autoren empfehlen Fruchtsäfte — als empfehlenswert bezeichnen. Auch bei Darmkatarrhen der Kinder hat er Gutes damit erzielt.

Lenhartz bemerkt, daß es sich bei den Krankenhausbeobachtungen durchweg um Kinder gehandelt hat, die mit Backhausmilch ernährt wurden. Auch er empfiehlt gute rohe Milch und sieht nicht ein, warum wir Ärzte das Fabrikat eines Lahmann anwenden sollen.

Fraenkel: In früheren Jahren sind die Kinder auch mit Backhausmilch ernährt worden, ohne daß Barlowsche Krankheit aufgetreten wäre. Es muß also ein noch dunkles ätiologisches Moment vorhanden sein, was das zurzeit gehäufte Auftreten erklärt.

Wiesinger: Zweijähriges Kind mit **angeborenem Klumpfuß**, das er nach Ogstons Methode der radikalen Exstirpation der Knochenkerne des Talus und Calcaneus operiert hat. Demonstration von Röntgenbildern, die den Sitz der Kochenkerne vor der Operation, ihr Fehlen nach der Exstirpation und ihre spätere Neubildung illustrieren.

IV. Therapeutische Notizen.

Experimentelle Studien über den therapeutischen Wert des „Fersan" als Eisen- und Nährpräparat. Von Dr. Ghezzi. (Aus dem Laboratorium der königlich medizinischen Klinik in Bologna. Direktor Professor Novi.) Das Fersan, welches nunmehr auch in Italien Eingang gefunden hat, wurde in dem Laboratorium der Universität Bologna von dem Verfasser einer eingehenden experimentellen Prüfung unterzogen, wobei nicht nur das Blut, sondern auch Harn und Fäces auf die Menge des ausgeschiedenen Eisens untersucht wurde. Die sehr genau und ausführlich angestellten Untersuchungen ergaben, daß das im Fersan enthaltene Eisen vollkommen resorbiert wird bis zu Quantitäten von 3 g pro die und zum größten Teile bei großen Dosen bis zu 10 g. Das nicht zur Blutbildung verwendete Eisen konnte im Harne nachgewiesen werden. Nach Verfasser stellt das Fersan als Eisen-Acidalbumin-Verbindung einen bedeutenden Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie der Blutkrankheiten dar.

(Gazetta degli espedali e delle cliniche 1303. No. 84.)

Pharmazeutische Produkte der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M., so finden wir ein geschmackvoll ausgestattetes Buch betitelt, in welchem eingehend die in dieser Fabrik hergestellten pharmazeutischen Produkte, serotherapeutischen und Bakterien-Präparate besprochen sind, so daß der Arzt sich rasch über die Eigenschaften, Indikationen, Kontraindikationen, über die klinischen Erfahrungen und einschlägige Literatur unterrichten kann. Um aus der großen Zahl der besprochenen Präparate einige zu nennen, greifen wir heraus: Behrings Diph-

therieheilmittel, Ferripyrin, Pyramidon, Nutrose, Orthoform, Oxaphor, Pegnin, Mosers Scharlachserum, Tetanusantitoxin, Tuberkulin, Tumenol, Tussol, Dermatol. Auch Rezeptformeln sind beigefügt. So wird das inhaltsreiche Buch sicher oft und gern benutzt werden.

Euguformum solubile empfiehlt warm Dr. Max Joseph (Berlin). Schon das Euguform (ein Produkt aus Guajakol und Formaldehyd) in Pulverform hat J. sehr schätzen gelernt wegen seiner anästhesierenden, antiseptischen und zuckreizmildernden Eigenschaften. Es ist ihm jetzt gelungen, das Mittel in löslichen Zustand zu bringen (als 50%ige Lösung in Aceton) und so einem weiteren Verwendungsgebiet zugänglich zu machen. J. hat dies Euguform. solubile bereits in über 100 Fällen angewandt, bei Pruritus ani, Lichen simplex chron. und Prurigo, wo es, morgens und abends aufgepinselt, sich vorzüglich bewährte. Auch bei pruriginösen Kindern waren die Resultate hervorragende. Bei Strophulus infantum empfiehlt J. folgende Schüttelmixtur, welche rasch eintrocknet und Verbände überflüssig macht:

Rp. Euguform. solub. 10,0
Zink. oxyd.
Amyl. āā 10,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. ad 100,0
S. Gut umgeschüttelt 2—3 mal täglich aufzupinseln.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. No. 4.)

Thiocol bei Phthise und Skrofulose hat Prof. Dr. Mendelsohn (Berlin) mit bestem Erfolge angewandt. Es leistet das Mittel so Vortreffliches, daß es in der Phthiseotheraphie fast unentbehrlich geworden ist, zumal es so gut wie frei von allen üblen Nebeneinwirkungen ist. Für die Behandlung skrofulöser Kinder bedeutet die Geruchlosigkeit und der nicht unangenehme Geschmack des Präparates sehr viel. Zumal „Sirolin" ist eine sehr wohlschmeckende, von Kindern gern genommene Arzneiflüssigkeit. Außerdem ist Thiocol völlig reizlos, auch bei Kindern bewirkt es nie Gastroenteritis, und M. kann bestätigen, „daß wir in ihm nunmehr in der Tat ein Heilmittel besitzen, welches alle therapeutischen Wirkungen des Kreosots und des Guajacols ausübt, ohne deren ungünstige Eigenschaften mit ihnen zu teilen". Vor allem ist es ungiftig. Thiocol ist ein vortreffliches Stomachicum, das fast immer den Appetit stark anregt und das Allgemeinbefinden hebt. Daher wirkt es auf skrofulöse Kinder sehr günstig ein. Auch die Phthisiker werden unter Thiocol rasch frisch und kräftig, die Nachtschweiße verlieren sich schnell, der Lungenbefund bessert sich, die Expektoration wird viel leichter und müheloser; selbst Heilungen kommen vor.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1904. No. 2.)

Die Behandlung der Verbrennungen mit Xeroform-Trockenverbänden empfahl auf dem VIII. Kongreß der deutschen Dermatolog. Gesellschaft auf Grund 5jähriger Erfahrungen im bosn.-herz. Landesspital in Sarajevo Dr. M. Sattler. Diese Methode hat sich bei Verbrennungen II. und III. Grades sehr bewährt, so daß jetzt nur noch nach dieser behandelt wird. Kommt eine Verbrennung in Behandlung, so werden die noch uneröffneten Blasen an ihrer tiefsten Stelle mit der Schere geöffnet, die geplatzten Blasen abgetragen, ebenso die herabhängenden oder zusammengerollten Epidermisfetzen. Darauf Abwischen mit trocknen Tupfern, Reinigung der Umgebung der Wunden. Nunmehr wird jede Wunde mit einer dicken Lage von Xeroform und hierauf mit Puder dick bestreut, darauf kommt eine Lage steriler Gaze und endlich wird durch eine Schicht Watte die Wunde mittels eines Bindenverbandes abgeschlossen. Der Verband bleibt 4—6 Tage liegen und wird dann im Bade gewechselt. Bei Verbrennungen III. Grades ist die Behandlung die gleiche. 100 bisher so behandelte Fälle zeigen die Vorzüglichkeit dieser Methode. Vor allem bemerkenswert ist die rasche schmerzstillende Wirkung. Diese macht sich auch bei Verbrennungen III. Grades stets geltend. Unter Xeroform geht auch die Abstoßung der Schorfe in kurzer Zeit vor sich, die Granulationen wuchern kräftig, die Epithelisierung geht sehr rasch von statten, die Natur des Vernarbungsprozesses wird in günstigem Sinne beeinflußt, die Narben sind fest und zeigen keine Tendenz zur Retraktion. Nie war eine Infektion zu verzeichnen. Xeroform erwies sich ferner als ungiftig und reizlos.

(Wiener med. Presse 1903. No. 48.)

Eine Modifikation der Beckmannschen Rachenkürette konstruierte Dr. Rosenstein (Breslau). Benutzt man die Beckmannsche Kürette, so stößt ziemlich oft der gerade Schaft schon an die Zähne des Unterkiefers an, bevor noch das Endstück mit dem Messer die vorderste Partie des Rachendaches erreicht hat; das dort sitzende Segment einer hyperplastischen Rachenmandel z. B. wird dann nicht mitgefaßt und kann zu Rezidiven Veranlassung geben; die modifizierte Kürette hat eine Ausbiegung, in deren Konkavität sich der Unterkiefer so hineinlegt, daß der erste Widerstand nicht von ihm, sondern von jener vordersten Partie über den Choanen geliefert wird. Sie hat sich seit ³/₄ Jahren gut bewährt und wird von G. Härtel (Breslau) in drei Größen hergestellt.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. No. 1.)

Exodin, ein neues Abführmittel, empfiehlt Prof. W. Ebstein (Göttingen). Das von der Chem. Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) in Berlin hergestellte Mittel ist ein Oxyanthrachinonderivat, ein gelbes, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver, das man am besten in Tablettenform (à 0,5 g) gibt. Die Tabletten sollen aber nicht in toto heruntergeschluckt, sondern erst in Wasser, wo sie leicht zerfallen, aufgeschwemmt und so genommen werden. Bei Kindern genügt eine Tablette, um nach 8—10—12 Stunden schmerz- und beschwerdelos einen oder mehrere breiige Stühle zu erzielen, wobei der Magen nicht belästigt wird und auch sonst keinerlei unangenehme Nebenwirkung eintritt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. No. 1.)

Fucol, ein neues Lebertran-Ersatzmittel, empfiehlt Dr. M. Hackl (Solen). Fucol, von der Firma Töllner (Bremen) hergestellt aus jodhaltigen Algenarten des Meeres, enthält natürliches Jod in Öl, schmeckt angenehm, wird gut vertragen und ist billig (500 g Mk. 2). H. hat es in 23 Fällen von Rachitis und Skrofulose versucht und recht gute Resultate erzielt; bei sehr hochgradiger Rachitis gab er Phosphor-Fucol (0,01 : 100,0). (Ärztl. Rundschau 1904. No. 2.)

Ein sterilisierbarer Pulverbläser, verbunden mit einem Zungenspatel wurde konstruiert¹) von Kinderarzt Dr. Dreher (Düsseldorf), um die Anwendung von antiseptischen oder schmerzstillenden Pulvern bei Erkrankungen oder nach Operationen im Rachenraume bei sehr unruhigen Kindern auch ohne Anwendung von grober Gewalt zu ermöglichen. Er besteht aus einem Zungenspatel von bekannter Form, auf dessen Rücken ein dünnes Metallrohr festgelötet ist, das an seinem dem Arzte zugewendeten Ende eine ampullenartige, fast rechtwinklig nach unten gebogene Erweiterung besitzt. Unter der Erweiterung befindet sich am Griffe eine tellerförmige Verbreiterung des letzteren. In die Ampulle wird ein mit zwei Ventilen und einem kleinen schaufelförmigen Ansatzstück versehener Gummiballon, sobald seine Schaufel mit dem anzuwendenden Medikament versehen ist, so eingeschoben, daß er auf dem Teller einen Widerhall beim Zusammendrücken findet. Das Instrument wird wie ein Zungenspatel in den Mund gebracht, der Zungengrund hinabgedrängt; es genügt jetzt ein leichter Druck mit dem Daumen der Hand, welche das Instrument hält, um das Medikament genau auf die erkrankte Stelle zu blasen, die andere Hand bleibt frei zur Fixierung des Kopfes. D. verwendet das Instrument stets bei Diphtherie (neben Seruminjektion), bei Scharlachangina, sonstigen Anginen, Tonsillitis (es stets mit fein zerriebenem Natr. sozojodolic. armierend), ferner nach Operationen (Tonsillotomie), um Anästhesin, Orthoform u. dgl. auf die Wunde zu bringen. Auch flüssige Desinfizientien kann man applizieren; wenn man 1—2 Tropfen in die Ampullen oder den Ansatz des Ballons gießt, so wird die Flüssigkeit, durch das Blasen fein zerstäubt, auf die erkrankte Stelle gebracht. Das ganz aus Metall bestehende Instrument kann, nach Wegnahme des Ballons, durch Auskochen sterilisiert werden. (Münch. med. Wochenschrift 1903. Nr. 51.)

Örtliche Ätzungen bei Diphtherie wirken, zweckgemäß in der allerersten Zeit, wo die Erkrankung noch auf die Tonsillen beschränkt ist, ausgeführt, nach Dr. Hecker (Weißenburg im Els.) sehr gut, indem es gelingt, durch Vernichtung der Diphtheriebazillen bei ihrem ersten Auftreten, den ganzen Prozeß zu koupieren. Hauptsächlich kommt es darauf an, das Herabfließen der Ätzflüssigkeit zu verhindern. Dazu stelle man sich Ätzmittelträger in folgender Weise her: Man schneidet sich ein Holzstäbchen von der Dicke eines Bleistiftes aus Tannen- oder Fichten-

¹) Angefertigt von Hessing, Düsseldorf. Preis: Mk. 8.

holz (Kistendeckel) und von etwa drei Finger Länge. An das eine Ende drückt man einen Bausch Verbandwatte von der Größe einer Kirsche und zieht darüber ein Stückchen Gaze oder Leinwand. Diese bindet man mittels eines starken Fadens in vielfachen Umwindungen an dem Stäbchen fest und schneidet den überhängenden Rest der Gaze ab, so daß das Ganze wie ein Trommelstock aussieht. Solcher Stäbchen stellt man sich vier her, tränkt das eine mit 10%iger Kokain-, die anderen drei mit 50%iger Chlorzinklösung, schlägt sie gegen einen festen Gegenstand, um den Überschuß von Flüssigkeit zu entfernen, und befeuchtet nun die Tonsillen erst mit dem Kokain, dann mit der Ätzlösung, die mittels der drei Stäbchen bequem an allen Teilen angerieben werden kann. Am nächsten Tage ist die affizierte Partie mit einem leicht grau gefärbten Schorfe bedeckt, der sich nach 3—4 Tagen abstößt. Alle Erscheinungen aber, auch das Fieber, sind rasch verschwunden. H. spritzt jetzt daneben auch Serum ein und läßt durch einen kräftigen Inhalationsapparat Tag und Nacht Kalkwasser am Bette des Patienten verstäuben bis zur Lösung des Ätzschorfes, welche hierdurch wesentlich erleichtert wird. (Therap. Monatshefte 1904. No. 1.)

V. Neue Bücher.

H. Brüning. **Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis.** Leipzig 1904, G. Wittrin. Preis Mk. 2.

Das kleine Büchlein soll dem Studierenden einen kurzen Leitfaden für die Behandlung der häufigsten Erkrankungen des Kindesalters bieten; es wird auch dem praktischen Arzte gute Dienste leisten. Die kurz skizzierten diätetisch-hygienischen und medikamentösen Verordnungen entsprechen im wesentlichen der an der Soltmannschen Klinik üblichen Therapie. Der Stoff ist nach Körperorganen eingeteilt (also Erkrankungen des Zirkulationsapparates, des Respirationsapparates, des uropoetischen Systems, der Sinnesorgane usw.), die Krankheiten innerhalb dieser Abteilungen aber alphabetisch geordnet. Man kann sich also sehr leicht in dem Werkchen zurechtfinden. Am Schlusse finden wir Tabellen über Nahrungsmengen, Körpergewicht, Nährwert der Nahrungsmittel, Dentition, Bäder. Der Autor hat zweifellos ein praktisch recht gut verwendbares Nachschlagebuch geschaffen, das vielen Anklang finden dürfte. Grätzer.

P. Maas. **Über Taubstummheit und Hörstummheit.** A. Stubers Verlag, Würzburg. Preis 75 Pf.

Die Arbeit, welche als Einzelheft der bekannten „Würzburger Abhandlungen" erschienen ist, bringt ein sehr anschaulich und klar beschriebenes Bild der betreffenden Affektionen, eine kurze und präzise Darstellung der ätiologischen Momente, der Prognose, Therapie usw. Es ist dem Autor durchaus gelungen, auf nur wenigen Seiten alle diese Punkte in erschöpfender Weise klar zu legen, so daß demjenigen, der sich rasch und gut über diese Dinge orientieren will, die Lektüre des Heftchens angelegentlichst empfohlen werden kann. Grätzer.

Ed. Spaeth. **Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes.** 2. Auflage. Verlag von Joh. Ambr. Barth in Leipzig. Preis Mk. 10.

Die Untersuchung des Harnes stellt heute einen ungemein wichtigen Faktor der Diagnostik dar, und der Praktiker muß ordentlich Bescheid wissen darin oder wenigstens ein Handbuch besitzen, in dem er rasch und vollständig sich über alles Nötige orientieren kann. Ein solches Nachschlagebuch ist Spaeths Werk, das uns über alles Wichtige, was in der praktischen Tätigkeit irgendwie in Betracht kommen könnte, klaren und sicheren Aufschluß gibt. Die verschiedenen Methoden werden kritisch beleuchtet in bezug auf ihren Wert für die tägliche Praxis, eingehende Berücksichtigung fanden auch die Untersuchungsmethoden auf diejenigen Stoffe, welche dem Körper als Arzeneien zugeführt werden, der Nachweis von Giften usw. Der Umfang der zweiten Auflage mußte sich vergrößern, da eine Reihe neuer wichtiger Untersuchungsmethoden Aufnahme fanden und wichtigere Kapitel gründlich umgearbeitet wurden. Der Autor hat alle Fortschritte auf dem Gebiete der chemischen und mikroskopischen Harnanalyse voll und ganz berücksichtigt, speziell die neueren Forschungsergebnisse der physio-

logischen Chemie seinem Werke einverleibt. Dasselbe steht also durchaus auf der Höhe der Zeit und wird sicherlich dem Mediziner ersprießliche Dienste leisten. 75 in den Text gedruckte Abbildungen und eine Spektraltafel tragen zum Verständnisse des Inhaltes wesentlich bei. Grätzer.

Neue Dissertationen.

Altmann, H. Über Erkrankungen des Nervensystems infolge von Keuchhusten (Leipzig). — **Austerlitz, K.** Über einen Fall von Encephalomeningocele (München). — **Bauer, H.** Zur Ätiologie der Melaena neonatorum (Kiel). — **Becker, K.** Die neueren Bestrebungen zur Sicherung einer aseptischen Losstoßung des Nabelschnurrestes (Marburg). — **Bongartz, A.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Hirnhämorrhagien bei hereditärer Syphilis der Neugeborenen (Kiel). — **Brack, K.** Die Sehnenüberpflanzung zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung (Leipzig). — **Bruck, A. W.** Beitrag zur Epidemiologie und Statistik der Pertussis. Nach dem Material der kgl. Universitäts-Kinderpoliklinik München 1893—1902 (München). — **Buschmann, W.** Meningitis und Lumbalpunktion (Freiburg). — **Calmsohn, F.** Ein Beitrag zur Statistik der Tuberkulose im Kindesalter (Kiel). — **Fischer, W.** Über Fremdkörper im normalen Oesophagus und ihre Entfernung aus demselben (Marburg). — **Fritz, H. S.** Die Heilungsvorgänge nach Sehnenplastik (Würzburg). — **Gussmann, E. L.** Ein Fall von angeborenem Herzfehler (Freiburg). — **Harm, C.** Ein Fall von Sklerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem 9jährigen Mädchen (Rostock). — **Hochheim, H.** Zur Kasuistik der doppelseitigen kongenitalen Choanalatresien (Greifswald). — **Hummel, L.** Möller-Barlowsche Krankheit (Erlangen). — **Kirmse, C.** Über infantiles Myxödem (Leipzig). — **Leskien, Fr.** Die Rolle der Heredität in der Ätiologie des Xanthoms, nebst Mitteilung einer Beobachtung von Xanthom bei drei Geschwistern (Leipzig). — **Llános, E.** Über das Wachstum der Diphtheriebazillen auf vegetabilischen Nährböden und Milch (Freiburg). — **Meyer, W.** Ein Fall von kongenitaler Ectopia vesicae urinariae (Kiel). — **Reitz, O.** Die Exstirpatio tali beim angeborenen und erworbenen Klumpfuß (Leipzig). — **Scheel, R.** Geburtsverletzungen am kindlichen Schädel (München). — **Schröder, H.** Die Operationserfolge bei angeborenem Star (Greifswald). — **Schueller, A.** Mehrere Fälle von Ichthyosis palmaris et plantaris (Keratoma palmare et plantare hereditarium (Straßburg). — **Stengel, M.** Über einen Fall von generalisierter Vakzine (München). — **Taute, M.** Über tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie (Tübingen). — **Wachtel, F.** Über Taubstummheit in ihrer Beziehung zum Unterricht der Taubstummen (Erlangen). — **Wendenburg, K. F.** Poliomyolitis anterior acuta. Statistik der in der Göttinger mediz. Klinik und Poliklinik von 1874—1901 beobachteten Fälle (Göttingen).

VI. Monats-Chronik.

Wien. Der **Klub der Wiener Kinderärzte** hat sich am 29. Dezember v. J. konstituiert; es wurden zum Präsidenten Prof. A. Monti, zu dessen Stellvertretern Prof. F. Frühwald und Hofrat Auchenthaler, zum Sekretär Dr. Galatti und zu Schriftführern Dr. Berggrün und Dr. Wechsler gewählt. Die Verhandlungen der neuen Gesellschaft wurden durch einen Vortrag Montis „Über die Entwicklung der Kinderheilkunde in Wien“ eingeleitet.

VII. Personalien.

Habilitiert für Pädiatrie: **Dr. Berend** in Budapest, **Dr. G. A. Petrone** in Neapel, **Dr. E. Gagnoni** in Florenz.
Gestorben **Dr. Schmid-Monnard** in Halle.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. April 1904. No. 4.

I. Originalbeiträge.

Zur Kasuistik seltener Lipome.

Von

Dr. **E. Wanietschek,** Tetschen a. E.

Es sei im nachfolgenden über einige Fälle von Lipomen berichtet, die einerseits eine seltene Lokalisation, andererseits Besonderheiten in der Art und Rapidität ihres Wachstums darbieten.

Anna R., 7jähriges Kind eines Ökonomen, kam im Juli 1902 in meine Behandlung. Am linken Unterarm hatte sie ein kindskopfgroßes Lipom.

Angegeben wurde, daß die Geschwulst angeboren sei, jedoch bei der Geburt bloß die Größe einer Nuß gehabt hätte und allmählich gewachsen wäre. Erst in der letzten Zeit — im Anschluß an ein erlittenes Trauma — soll rapideres Wachstum der Geschwulst eingesetzt haben.

Jetzt bot der Zustand ein ganz eigenes Bild dar:

An der Volarseite des linken Unterarms, der immer im eigens genähten Jackenärmel verborgen getragen wurde — Mutter und Kind schämten sich arg des Zustandes — hing, durch einen kurzen Stiel mit der Extremität verbunden, der mächtige Tumor herab. Er war von nahezu kugeliger Gestalt, ca. 16 cm Durchmesser messend, mit einzelnen Einschnürungen versehen und von weicher, lappiger Beschaffenheit. Sein Stiel war von längsovalem Durchmesser, dessen Querschnitt ca. 10 cm lang und 2 1/2 cm breit war. Die Haut über dem Tumor zeigte einzelne erweiterte Venenzüge, bot aber sonst keine Veränderungen dar.

Die Extremität selbst war eigentlich zu nichts zu gebrauchen, weil der hin- und herbaumelnde Anhang jede ihrer Exkursionen hemmte, wohl auch Zerrungsschmerzen verursachte. Dementsprechend wiesen auch ihre Muskeln eine bedeutende Atrophie auf.[1])

Die Diagnose bot natürlich keine Schwierigkeiten: Lipoma.

In bezug auf die Erblichkeit konnte hier nichts eruiert werden.

Über die Operation, die ich am 4. August in Chloroformnarkose vornahm, ist nur wenig zu bemerken. Der Tumor ging nach Umschneidung der Basis leicht auszuschälen. Über seine Oberfläche liefen Reste der dehiszierten Fascie in einzelne Faserzüge aufgelöst. Unter der Fascie war sein Ausgangspunkt, doch schickte er in seinem vorderen Anteil zapfenförmige Ausläufer zwischen die Sehnen des hochliegenden Fingerbeugers. Der Wundverlauf war ein reaktionsloser und bot nichts Bemerkenswertes.

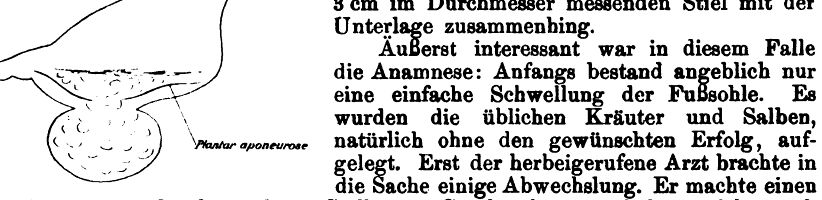
---

[1]) Auch heute noch, trotzdem das Kind den Arm bei allen Verrichtungen mit verwendet, mißt derselbe in seiner Mitte 15 cm im Umfange gegen 19 1/2 cm der rechten Seite.

Außer der imposanten Größe dieses Lipoms, die an einem 7jährigen Kinde immerhin eine Seltenheit vorstellt, erscheint mir noch das rasche Wachstum im Anschluß an ein Trauma erwähnenswert. Vielleicht kam es da zu einem Riß der ohnehin stark gedehnten Fascie, zur Bildung einer Lücke in derselben, durch welche hindurch dann das rasche Wachstum erfolgte.

Derartige Veränderungen in dem Tempo des Wachstums sind auch sonst nicht so selten, speziell bei subaponeurotischen bezw. subfascialen Lipomen. Im Jahre 1899 beobachtete ich auf der chirurgischen Abteilung des Kaiser Franz-Joseph-Kinderspitals (Prof. Dr. Bayer) in Prag einen ganz exquisiten derartigen Fall:

Es handelte sich um ein Kind von ca. 2 Jahren mit einem Lipom des rechten Fußes. Die Planta dieses Fußes zeigte statt der normalen Aushöhlung eine starke Vorwölbung. An der Kuppe dieser Vorwölbung saß eine ca. hühnerei-große, weiche, lappige Geschwulst, welche durch einen kurzen 3 cm im Durchmesser messenden Stiel mit der Unterlage zusammenhing.



Äußerst interessant war in diesem Falle die Anamnese: Anfangs bestand angeblich nur eine einfache Schwellung der Fußsohle. Es wurden die üblichen Kräuter und Salben, natürlich ohne den gewünschten Erfolg, aufgelegt. Erst der herbeigerufene Arzt brachte in die Sache einige Abwechslung. Er machte einen Einschnitt, worauf sich an dieser Stelle eine Geschwulst entwickelte, welche rasch bis zu ihrer jetzigen Größe und Form heranwuchs.

Hier war es also das Messer des Arztes, welches in der Plantaraponeurose die Lücke schuf und so unmittelbar rapides Wachstum mit sich brachte. Die plantaren Lipome vermögen lange, ohne besondere Erscheinungen zu bieten, zu bestehen. Zuweilen wachsen sie durch die Intertarsalräume und breiten sich dann rapid am Fußrücken aus, so daß sie ein oder das andere Mal so bösartige Tumoren vortäuschen[1]) können.

Ein derartiges bisher occult gewesenes Lipom, das nach einem Trauma plötzlich zu wachsen beginnt, kann auch dem Unfallsarzt eine Nuß zu knacken geben.

Auch in bezug auf Lokalisation stellt dieses letztere Lipom eine große Seltenheit dar.[2]) Schließlich will ich noch einen Fall kurz erwähnen, der im Jahre 1898 auf obiger Abteilung in unserer Behandlung stand und welcher ebenfalls eine ebenso seltene wie merkwürdige Lokalisation darbot:

Elise K., 1 Jahr alt, hatte seit einem halben Jahre eine Geschwulst über der rechten Brustwarze, welche ziemlich rasch bis zu der Größe heranwuchs, die sie bei der Aufnahme ins Spital zeigte. Man fand in der Parasternallinie in der Höhe des I. Interkostalraumes eine nußgroße Geschwulst, welche als Atherom oder Lipom anzusprechen war. Bei der Operation zeigte sich ein Lipom, welches durch den I. Interkostalraum einen stielartigen Fortsatz in das vordere Mediastinum schickte und so mit einem größeren Tumor in der Brusthöhle zusammenhing. Der I. Interkostalraum war durch eine Ausbiegung der 2. Rippe nach unten erweitert. Es gelang nicht den intrathorakalen Anteil des Tumors ganz zu entfernen. Die Operation wurde wegen des elenden Zustandes des ohnehin schwachen

---

[1]) Vogt, Mitteilungen ans der chir. Klinik zu Greifswald. 1884.

[2]) Grosch, Studien über das Lipom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1887, I.

Kindes abgebrochen, nachdem die Geschwulstmassen partiell aus dem vorderen Mediastinum ausgeräumt worden waren.

Der Fall entzog sich auch einer weiteren Kontrolle, da er bald aus der Spitalspflege genommen wurde und auch nicht mehr im Ambulatorium erschien.

Therapeutische Erfahrungen aus der Kinderpraxis.

Mitteilungen aus dem Budapester mit Ordinationsanstalt verbundenen Gratismilchinstitut.

Von

Dr. **Ernő Deutsch.**

(Fortsetzung.)

Jodipin ist ein gelbliches, rein ölig schmeckendes Jodfett, dessen Abspaltung im Organismus so langsam vor sich geht, daß man nach der letzten Darreichung noch wochenlang Jod im Harne ausweisen kann. Ich selbst erprobte parallel die Jodausscheidung bei Verordnung von Jodalkalien und Jodipin und fand das oben Behauptete im vollsten Maße gerechtfertigt. Vorzug dieses Präparates ist, daß es nie Jodismus verursacht und gegenüber den Jodalkalien den Ernährungszustand des Körpers bessert. Die beste Verordnungsweise ist Rp. Jodipin 10% 100,0, Ol. menthae piperit. gtts. III. D. S. Nach Bericht (1 Kaffeelöffel voll 10% Jodipin entspricht 0,46 g Kalium jodatum).

In der Kinderpraxis wurde dies Mittel durch Frieser (Wiener klin. Rundschau. 1900. No. 16), Sessous (Münch. med. Wochenschr. 1900. No. 34), Schuster (Wiener med. Presse. 1901. No. 44), Hönigschmidt (Ärztl. Zentralztg. 1901. No. 28) eingeführt.

Ich wendete Jodipin bei einem Fall (12 Jahr altes Mädchen — Privatpraxis) von Asthma bronchiale mit eklatantem Erfolge an. Das Mädchen reagierte auf Jodkali stets mit heftigem Jodismus, vertrug Jodipin ohne Störung. Die Anfälle, die sich auf Kauterisation der Nasenschleimhaut, Entfernung der Vegetationes adenoideae wenig besserten, verloren sich nach Jodipindarreichung sukzessive. (Im Anfang des Anfalles pinselte ich die Nase mit Tonogenum suprarenale, s. Richter, aus, worauf sich der Anfall legte.) — Nach Beendung der Schmier- und Inhalationskur der Lues wendete ich statt Jodkali Jodipin in 11 Fällen an.

Die Sapodermolbehandlung der Erkrankung der Bronchialdrüsen unterstützte ich ebenfalls mit Jodipin.

Bei den verschiedensten Formen der Skrofulose wendete ich dies Mittel mit gutem Erfolge an (10 Fälle).

Zur äußeren Anwendung ziehe ich Jodvasogen oder Dermosapol vor.

Mit subkutanen Injektionen habe ich keine Erfahrung. —

Bei gleichzeitig mit Skrofulose bestehenden Lungenaffektionen wendete ich bei 10 Fällen Sirolin (F. Hoffmann — La Roche & Co.

an. Dieses Präparat ist ein 10 %igen Thiokol (guajacol-sulfosaures Kali) enthaltender Syrupus Cort. aur. und wird in der Tagesdosis von 1—2 Teelöffeln verabreicht. Fünf Individuen mit beginnenden Apexerkrankungen und 18 mit subakuten und chronischen Bronchitiden verordnete ich dies Präparat, es wurde stets gern genommen und zeigte den erwarteten Erfolg.

Dermosapol. Kappessers Schmierseifenmethode ist heute als Resorbens und Roborans ein von nahezu allen Kinderärzten gewürdigtes Behelf bei Behandlung skrofulöser Erkrankungen; andererseits ist der Lebertran als ein nahezu spezifisches Mittel dieser Krankheit anerkannt. Die Anwendung der Schmierseife scheitert oft an der Reaktion von seiten der Haut; die Darreichung des Lebertrans stößt bei den meisten Kindern auf großen Widerwillen. Mit Freuden begrüßte ich daher das vom Apotheker W. Lakemeier (Mülheim a. d. Ruhr) eingeführte Dermosapol. purum eine überfettete balsamische Lebertranseife, die überaus geschmeidig, leicht, intensiv und rasch verreibbar und wohlriechend ist und welche die Vorteile der Schmierseife und des Lebertrans verbindet. Die Wirkung ist an Intensität schwächer doch andauernder wie bei der Darreichung des Lebertrans per os. Durch die Einreibung wird die Haut hyperämisch, ihre Resorptionsfähigkeit ist gesteigert, das Dermosapol dringt durch die Krypten der Hauttalgdrüsen in Säfte, Lymphe, Blut und Säftestrom und wirkt entzündungswidrig, auflösend, zerteilend. In der Anwendung des Dermosapols befolge ich die Rohdensche Vorschrift: Nach Abreibung der Haut mit Franzbranntwein und Wasser nehme ich die Dermosapolinunktion 2—3 mal täglich an verschiedenen Körperteilen abwechselnd vor. Anwendung fand das Mittel ausschließlich bei skrofulös-tuberkulösen Prozessen (6 Fälle). Besonderes Interesse verdienen zwei Fälle von Vergrößerung der Bronchial- und ein Fall von Vergrößerung der Mesenterialdrüsen mit typischem klinischen Bild, daß sich nach Dermosapolbehandlung analog der Schmierseifenbehandlung dieser Krankheitsbilder (Kappesser, Kormann, Klingelhöffer) merklich besserten. Bei drei Fällen von skrofulösem Ekzem sah ich prompte Reaktion auf Dermosapolverbände. Bei Drüsenerkrankungen beobachtete ich nur im Initialstadium, bei Fällen, die zur Operation reif waren, sah und erwartete ich keine Erfolge. —

Als Unterstützung der verschiedenen Methoden der Skrofulosebehandlung und selbständig wendete ich folgende Präparate an:

1. Lebertran (50 %) Emulsion Dr. Egger. Aussehen und Geschmack an Mandelmilch erinnernd. Bei 14 Fällen angewendet.

2. Lebentranemulsion Eibach. Haltbar, angenehmer Geschmack. 19 Fälle.

3. Iecorin Podatschek. Der unangenehme Geschmack durch Menthol sehr geschickt gedeckt. 16 Fälle.

4. Ossin Stroschein. Peptonisiertes Öl-Albuminat des Lebertrans. 9 Fälle.

5. Oleum jecor. aselli effervescens Helfenberg. Brausender Lebertran mit fast völlig verdecktem Geschmack. Haltbar und gut resorbierbar. 7 Fälle.

6. Scotts Lebertranemulsion (44 % Lebertran, 16 % Glyzerin,

1,0 % unterphosphors. Kalk und 0,5 % unterphosphors. Natron enthaltend). 16 Fälle.

7. Lebertrantritole Helfenberg. Eine aus aromatischem Malzextrakt und Lebertran zu gleichen Teilen bestehende Gallerte, welche sich in Wasser zu einer Emulsion löst. 6 Fälle.

8. Natterers Lebertrantabletten. Jede Tablette enthält 3 g Lebertran, 1 g trocknes Malzextrakt, 1 g Kakao, 5 g Zucker. Drei Tabletten entsprechen 1 Eßlöffel Lebertran. 8 Fälle.

9. Löfflunds Jod-Lebertran-Emulsion mit Malzextrakt. In 100 Teilen 0,12 Jodeisen in Lösung enthaltend. 7 Fälle.

10. Oleum jecoris aselli cum lecithino sec. Richter. Enthält 0,025 Lecithin in 1 Kaffeelösung Öl. 48 Fälle.

11. Doppel-Schiffmumme Steger ist sterilisiert und alkoholfrei.

Bekurts Analyse-	Trockensubstanz	54,50
	Mineralbestandteile	0,90
	Phosphorsäure	0,36
	Stickstoffsubstanz	2,80
	Maltose	41,43
	Dextrin	8,18

Bei 35 Fällen angewendet.

Die Präparate von 1—6 sind ungefähr gleichwertig, werden alle aus Lebertran bester Sorte hergestellt, der Geschmack ist durch verschiedene Hinzugaben mit mehr oder weniger Erfolg verbessert. Die Präparate von 6—11 sind durch Zugabe von phosphorsauren Salzen, Malzextrakt, Lecithin in ihrer Wirkung verstärkt.

Ein Präparat, welches verdient, besonders hervorgehoben zu werden, ist die Schiffmumme. Die oben angeführte Analyse zeigt den reichen Gehalt an Nährsubstanzen, der angenehme Geschmack des Präparates macht es zu einem wirklich idealen Roborans, welches steril und nahezu alkoholfrei ist. Ich habe es bei Skrofulösen und Rekonvaleszenten in 10 Fällen angewendet, es waren meistens solche Kinder, die den Lebertran in jeder Form zurückwiesen. Der segensreiche Einfluß wurde von der Umgebung stets freudevoll konstatiert.

Grund Anregung J. Reichelts (Therapeutische Monatshefte. 1902. No. 2) habe ich Schiffmumme bei Säuglingen angewendet. Die Indikationstellung war dies folgende: 1. Bei Atrophikern mit stinkenden, braunen Stuhlgängen bei denen Czerny Säureintoxikation annimmt, und bei denen die Nahrung eiweiß- und fettarm, dabei an Kohlehydraten reich sein soll. 2. Bei chronischen Darmaffektionen, die mit großer Abmagerung vergesellschaftet sind. 3. Bei Fettdyspepsie. Aus der ersten Gruppe kamen 10, aus der zweiten 11, aus der dritten 4 zur Behandlung. Die Resultate entsprachen ganz denen, die ich mit Kellerscher Suppe erzielte (die ich mit dem Löfflundschem Präparate verfertige — 11 Fälle), mit dem Unterschied, daß die Bereitungsweise überaus einfach und unvergleichlich billiger ist. Die starke abführende Wirkung der Kellerschen Suppe ist oft bei Anwendung des Steyerschen Präparates nie beobachtet worden. Die Dosierung 1—4 Eßlöffel Mumme pro die befolgte ich nach Reichelts Angaben. Qualität der Stühle und rapider Anstieg der Gewichtskurve blieb bei Mummeanwendung nicht lange aus. Auch konnte

ich dies Präparat wochen- und monatelang ohne üble Zufälle fortgeben.

Das Bromipin ist ein Bromadditionsprodukt des Sesamöles, rein ölig schmeckend von gelblicher Farbe. Es wird von der Fabrik E. Merck (Darmstadt) mit 10 bezw. 33 1/3 % Bromgehalt dargestellt und hat den Vorzug über den Bromalkalien, keine Nebenerscheinungen hervorzubringen (in keinem meiner Fälle konnte ich z. B. Akne beobachten). Ich wende es in Dosen von 3—4 mal täglich 1/2—1 Teelöffel voll an, lasse es entweder in warmer Milch oder nach dem

Rp. Bromipin (10 %) 100,0
Fiat cum vitello ovorum Nr. II.
lege artis emulsio
deinde add. Ol. Menth. Pip. gt. 3—5 verabreichen.

Einem Kaffeelöffel voll 10 % Bromipin entspricht 0,5 g Kalium bromatum.

Das Bromipin entfaltet langsam seine Wirkung, doch ist diese eine langandauernde.

In der pädiatrischen Therapie wurde das Bromipin durch J. Wolff (Allg. med. Zentr.-Ztg. 1901. No. 35), Wassing (Medico. 1902. III. 19) und A. Rahn (Therapie der Gegenwart. 1903) eingeführt und wendeten sie dies Brompräparat bei eklamptischen, epileptischen, choreatischen und an Pertussis leidenden Kindern an. Interessant, durch mich auch erprobt und überaus empfehlenswert ist Rahns Vorschlag Bromipin (doch gab ich das Medikament per os und nicht per Klysma) bei Atrophikern zu reichen, in diesen Fällen zeigt Bromipin seine sedative, tonische und nährende Fähigkeit (4 Fälle). Bei zwei Epileptikern (9 und 10 Jahre alt) zeigten sich die Anfälle in Zahl und Intensität während der Bromipindarreichung vermindert und war die Besserung im psychischen Verhalten der Patienten eine unleugbare. Bei zwei mit Arsycodilinjektionen behandelten Choreatischen wendete ich im Anfang der Erkrankung, um der schier unerträglichen Unruhe Herr zu werden, Bromipin mit überraschendem Erfolge an; die sedative Wirkung auf die muskuläre und psychische Unruhe war eine prompte.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Cnopf, Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie. (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 40.) Drei interessante Fälle von Bakteriurie bei Kindern, welche zeigen, daß im Blaseninhalt eine Fieberquelle verborgen sein kann, so daß man bei Fieber, dessen Ätiologie nur einigermaßen unklar, den Urin sorgfältig, auch nach Bakterien, zu untersuchen hätte. Bei dem ersten Kinde, einem 3—4 Jahre alten Knaben, handelte es sich um die Anwesenheit von Bacterium coli im Harn. Als Initialerscheinung war eine Streptokokkenangina aufgetreten; ein Darmkatarrh, der eine Infektionsquelle für die Harnblase hätte abgeben können, war nicht

vorhanden gewesen. Urotropin erwies sich als recht wirksam, wenn auch, da der Kolibazillus der Wirkung des Mittels ganz besonderen Widerstand leistet, Pat. 23 Tage es nehmen mußte, im ganzen über 17 g, die er anstandslos vertrug, — ein Beweis für die Erträglichkeit des Präparates. Auch bei dem zweiten Pat., einem 9jährigen Knaben, erwies sich Urotropin als wirksam. Hier, wo abermals Fieberzustände zur Untersuchung des Harns führten, wurden in demselben Diplo-, Strepto- und Staphylokokken entdeckt. Im Gegensatz zu Fall 1 hatten sich hier gar keine Erscheinungen von Cystitis gezeigt, was wohl daran lag, daß bei Fall 1, wo die Ursache der Temperaturschwankungen 5 Tage lang nicht erkannt wurde, diese Zeit über die Wandungen der Blase der Einwirkung der Bazillen preisgegeben waren, während im Falle 2 die sofortige Anwendung des Urotropins die Entstehung einer Cystitis verhinderte. Auch im 3. Falle beseitigte Urotropin rasch die Wirkung der im Harn aufgefundenen Bakterien.

— Diese Fälle zeigen, daß es Infektionen des Harnblaseninhaltes gibt, die durch toxische Wirkung Allgemeinerscheinungen hervorrufen können, hauptsächlich sich äußernd in lebhaften Fieberbewegungen. Die bakteriologische Untersuchung gibt uns sofort Aufschluß über die Natur der Erkrankung und gewährt die Möglichkeit eines wirksamen therapeutischen Eingreifens. Grätzer.

G. Mellin, Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 1.) 10 Fälle, davon neun zwischen 5 Monaten und 4 Jahren. Schwere allgemeine Symptome wurden nicht angetroffen. In 2 Fällen leichtes Fieber von sehr kurzer Dauer; 8 mal fand sich diffuse Trübung des Harns mit den typischen Wolkenbildungen beim Umschütteln, 2 mal (Staphylococcus albus) erschien die Trübung etwas unregelmäßiger verteilt und zog sich nach einiger Zeit zum großen Teile gegen die Wände des Gefäßes. Die Reaktion war 8 mal sauer, je 1 mal alkalisch bezw. amphoter. Die bakteriologische Untersuchung zeigte, daß der Harn jedesmal nur eine einzige Art von Bakterien enthielt und zwar 8 mal Bacterium coli commune und 2 mal Staphylococcus albus. Zur Behandlung empfiehlt M. in den leichteren Fällen nur Diät, in schwereren zugleich mit Salol innerlich (0,25 3 mal täglich) Spülung der Harnblase mit 3 %iger lauwarmer Borsäurelösung, wenn dies erfolglos, mit $^1/_4$—$^1/_2$ %iger Lysollösung. Hecker (München).

A. Gröber, Ein Fall von Indigurie mit Auftreten von Indigorot im frisch gelassenen Harn. (Aus der med. Univers.-Poliklinik in Leipzig.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 2.) Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen aus gesunder Familie. In früheren Jahren hatte es 2 mal Gelenkrheumatismus durchgemacht und einen Mitralfehler davongetragen, außerdem einmal Lungenentzündung gehabt, und mit 12 Jahren eine akute Nephritis bekommen, die in chron. parenchymatöse Nephritis überging. Diese behielt sie, auch die Odeme verschwanden nie völlig. Im Beginn des 14. Lebensjahres wurden die Ödeme stärker, es gesellten sich Aszites und Hydrothorax hinzu. Die Farbe des bis dahin immer sehr blassen Harns änderte sich jetzt, etwa 3 Monate vor dem Tode, und wurde

plötzlich dunkelrosarot; die Reaktionen schwach sauer, Indikan- und Diazoreaktion fielen negativ aus. Man dachte zunächst an beginnende Menstruation, die Untersuchung zeigte aber, daß es Indigorot war, der im frisch entleerten Harn bereits frei, suspendiert vorhanden war, ein sehr seltenes Vorkommnis. Grätzer.

T. Zelenski u. **R. Nitsch**, Zur Ätiologie der Cystitis im Kindesalter. (Aus der pädiatr. Klinik und dem hygien. Institut in Krakau.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 5.) Die Verff. beobachteten im Laufe der letzten Monate 4 Fälle von Cystitis, die sich als schweres chronisches, mit tieferen anatomischen Veränderungen verbundenes Blasenleiden bei Knaben von 4—12 Jahren vorfand, in welchem Alter Cystitis bei Knaben sonst ziemlich selten ist.

Im ersten Falle, wo sich die ersten Erscheinungen kurze Zeit, nachdem Pat. sich beim Übersteigen eines Zaunes in der Dammgegend angeschlagen hatte, entwickelten, lag ein klassisches Beispiel einer durch Mikroorganismen unter dem Einfluß eines Traumas verursachten Blasenentzündung vor. Der betreffende Mikroorganismus gehörte wahrscheinlich zu den Staphylokokken, obwohl er sich vom Staphylococcus pyogenes durch manche Kulturmerkmale, sowie durch vollkommenen Mangel jeglicher Tierpathogenität unterschied. Vielleicht hatte man es auch mit einem im menschlichen Darmtraktus lebenden Saprophyten zu tun, welcher (durch die Wände?) in die Blase gelangte, unter dem Einflusse eines Traumas Entzündung der Blasenschleimhaut bewirkte und ein schwer und chronisch verlaufendes Leiden verursachte. Scheinbar widersprach diesem schweren Verlaufe (langwierige Eiterung, Blutungen, Schmerzen usw.) der absolute Mangel der Tierpathogenität des Kokkus; bekanntlich können aber gänzlich harmlose Saprophyten unter gewissen Bedingungen zur Ursache einer eitrigen Cystitis werden.

In den anderen 3 Fällen wurde der Tuberkelbazillus als Ursache der Cystitis konstatiert, was zu beweisen scheint, daß in der Ätiologie der Kindercystitiden der Tuberkelbazillus nicht die letzte Stelle einnimmt. Die unmittelbare Ursache, sowie den Weg der Infektion konnte man mit großer Wahrscheinlichkeit in 2 Fällen eruieren: einmal fand sich eine alte tuberkulöse Fistel des Nebenhodens, einmal Nierentuberkulose. Tuberkulöse Veränderungen in den Nieren oder in den männlichen Zeugungsorganen bilden die häufigste Ursache der tuberkulösen Cystitis bei Erwachsenen; bei Kindern scheinen also analoge Verhältnisse obzuwalten. Der äußerst chronische und gleichmäßig klinische Verlauf zeigte ebenfalls dieselben Verhältnisse, wie bei der tuberkulösen Cystitis Erwachsener. Dies war auch bei dem dritten Falle zu beobachten, wo die Blasentuberkulose klinisch primär auftrat. Grätzer.

Dr. Cornelia de Lange, Cystitis bij Zuigelingen. (Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde. 1903. No. 9.) Zwei Fälle von Cyistitis bei Säuglingen werden beschrieben. Dem ersten Falle ging eine Enteritis follicularis vorher, bei dem zweiten Falle bestand Konstipation. Der Urin reagierte sauer; das Sediment enthielt sehr viele Leukozyten und Bakterien (wahrscheinlich Kolibazillen, aber nicht genauer untersucht).

In beiden Fällen bestand hohes, unregelmäßiges Fieber. Die Therapie war eine exspektative mit Vichy und Prießnitz.

B. P. B. Plantenga (Haag).

Marcell Hartwig (Buffalo), Akute primäre Pyelitis der Säuglinge. (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 48.) H. hat das Leiden bei 3 Kindern gesunder Eltern gesehen. Die Diagnose gelang erst nach einiger Zeit, durch Untersuchung des Urins, erst war das Krankheitsbild dunkel, glich noch am ehesten dem eines Typhus. Die Mikroben mußten im Blut zirkuliert und sich gerade am Nierenbecken angesiedelt haben; die Eingangspforte war nicht zu eruieren. Therapeutisch erwiesen sich größere Dosen von Urotropin und Terpentin als recht wirksam.

Die Affektion ist sicherlich gar nicht so selten, und wird der Arzt gut tun, bei jeder fieberhaften dunklen Erkrankung von Säuglingen die Urinuntersuchung vorzunehmen und eventuell an akute primäre Pyelitis zu denken.

Grätzer.

L. Stembo (Wilna), Über die Behandlung der akuten Nierenentzündung mit Eis. (Die Therapie der Gegenwart. November. 1903.) Der auf die Nierengegend applizierte Eisbeutel erwies sich während einer Scharlachepidemie gegen die dabei auftretenden Nephritiden als recht wirksam. Jedenfalls bewirkt er eine rasche Entspannung im Innern der Nieren und führt so baldige Besserung der Symptome herbei.

Grätzer.

J. Widowitz (Graz), Urotropin als Prophylaktikum gegen Scharlachnephritis. (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 40.) W. gab bei 102 nicht ausgesuchten Fällen von Skarlatina (Kindern von 1—15 Jahren) sogleich bei Beginn der Krankheit an drei aufeinander folgenden Tagen Urotropin (3mal täglich 0,05—0,5) und ebenso zu Beginn der dritten Woche, in der ja Nephritis so häufig vorkommt. Nicht ein einziges Mal zeigte sich Nephritis, so daß man wohl kaum von einem Zufall reden kann. Das Urotropin selbst wurde stets gut vertragen.

Grätzer.

K. Gerson (Berlin), Zur unblutigen Behandlung der Phimosen. (Die Therapie der Gegenwart. Februar 1904.) G. gibt folgendes einfache Verfahren an: Man zieht mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand das Präputium möglichst weit nach vorn und führt mit der rechten eine stumpfe Pinzette mit geschlossenen Branchen etwa 1 cm weit in das Präputium ein. Läßt man nun die Branchen der Pinzette auseinanderfedern, so üben sie auf die Präputialwandung einen elastischen Druck aus und lassen die Vorhautöffnung weit auseinander klaffen. Das macht man anfangs nur etwa 20 Sekunden, später $^1/_2$—1—2 Minuten, anfangs täglich. Je enger die Vorhautöffnung, um so kürzere Zeit werden meist die ersten Dehnungen vertragen. Nach jeder Dehnung ist die Vorhaut mit Talkum zu pudern. Selbst höchstgradige Phimosen wenige Monate alter Kinder wurden so in 2 Wochen zur Heilung gebracht. Zur Unterstützung der Behandlung können die Eltern noch morgens und abends die Vorhaut des Kindes mit Daumen und Zeigefinger beider Hände in der Quer-

richtung fassen und mit allmählich stärker werdenden Zuge auseinanderziehen, wobei sie aber die Vorhaut vorher stark nach vorn ziehen müssen, damit die Eichel nicht mitgefaßt wird. Grätzer.

E. Stangl, Ein Fall von Urachusfistel bei einem Erwachsenen. (Aus der I. chirurg. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 40.) Es hatte hier bei dem 21jährigen Pat. eine angeborene Urachusfistel bestanden, für deren Entstehung das Ausbleiben der Vereinigung der Bauchmuskelklappen in der Medianlinie, die weite Diastase der M. recti von Wichtigkeit zu sein schien. Diese Fistel schloß sich im 14. Lebensjahre spontan. Bis dahin waren die Beschwerden des Kranken geringe: Urin träufelte nur bei starker Füllung der Blase durch den Nabel ab, die geringen Schmerzen beim Urinieren waren wohl durch Zerrung des Stranges bei Kontraktion der Blase bedingt. Im 14. Lebensjahre hörte das Harnträufeln aus dem Nabel auf, was wohl durch eine epitheliale Verklebung im Anfangsteile des Urachus bewirkt war. Gegen den Nabel jedoch blieb dieser offen, so daß Infektionserreger von der äußeren Haut in den Schleimhautblindsack eindringen und dort lebhafte Entzündungsvorgänge hervorrufen konnten. Später schloß sich der Gang auch gegen den Nabel zu. In dem nach beiden Seiten obliterierten Kanal sammelte sich nun das eitrige Sekret der entzündeten Wand, aus der es auch zeitweise zu geringfügigen Blutungen kam. Hatte die Spannung in dem so gefüllten Sacke einen gewissen Grad erreicht, so traten auch Entzündungserscheinungen in der Umgebung des Nabels auf, die Schmerzen, die sonst nur während des Urinierens vorhanden waren, wurden kontinuierlich und erreichten eine hohe Intensität, bis sich der Eiter einen Weg entweder nach unten in die Blase oder durch den Nabel nach außen bahnte. Nach dem Durchbruch in die Blase bemerkte der Pat. eine Veränderung der Beschaffenheit des Urins, mit dem Eiter und Blut abgingen, auch scheint es dabei zu geringen Infektionen der Blase selbst gekommen zu sein, worauf die leichten zystitischen Beschwerden, die der Pat. zeitweise empfand, hindeuteten.

Nach einem solchen Ereignis hörten die akuten Erscheinungen mit einem Schlage auf, die Durchbruchsstelle verklebte, der Prozeß wurde wieder latent, bis nach kürzerer oder längerer Zeit das Ganze sich wieder in gleicher Weise abspielte.

Die Therapie in diesem Falle war klar vorgezeichnet. Sie konnte sich weder mit der Exstirpation eines Teiles, noch mit der Auskratzung des Epithels dieses Organs begnügen, sondern mußte in der Entfernung des ganzen entzündlich veränderten Urachus bestehen, welche Operation auch in kurzem die vollständige Heilung des Pat. herbeiführte.

Grätzer.

G. Turner, Ein Fall von Kryptorchismus und Torsion des Samenstranges. (The Brit. med. Journ. 28. November 1903.) Ein 13 Monate altes Kind zeigte bei der ersten Untersuchung durch den Verf. Fehlen des linken Testikels im Skrotum, in der linken Leistengegend einen runden, harten, unverschieblichen Knoten. Der rechte Testikel war normal groß und befand sich in normaler Position.

Das Allgemeinbefinden des Kindes war gut, wenngleich es bei Berührung der Leistenschwellung offenbar Schmerzen empfand und aufschrie. Verf. machte eine Inzision über dem Testikel. Das subkutane Gewebe erwies sich ödematös. Der Testikel lag außerhalb des äußeren Leistenringes. In der Tunica vaginalis befand sich eine geringe Menge Flüssigkeit. Der Samenstrang war im ganzen von rechts nach links gedreht. Die Torsion ließ sich unschwer wieder lösen. Der Samenstrang erwies sich jedoch zu kurz, so daß der Testikel nicht ins Skrotum gelagert werden konnte. Da überdies die Gefahr einer zu geringen Blutversorgung für den Testikel bestand, so wurde derselbe exstirpirt. Das Kind überstand die Operation sehr gut. C. Berliner (Aachen).

O. Busse (Greifswald), Über kongenitale Zystennieren. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 4.) B. hat durch seine Untersuchungen die Überzeugung erhalten, daß das Verständnis für die kongenitalen Zystennieren, wie auch für die embryonaler Adenosarkome nur gewonnen werden kann, aber auch gewonnen wird aus dem Studium der embryonalen Niere. Die Zystenniere stellt eine Mißbildung, eine Art Hemmungsbildung der Nierenanlage dar, bei welcher die angelegten Kanalsysteme infolge des massenhaften Erhaltenbleibens von Bindegewebe nicht untereinander in Kommunikation treten können, sich deshalb gesondert entwickeln und zum Teil zu Zysten auswachsen, während bei den embryonalen Adenosarkomen ein Weiterwuchern der embryonalen Niere stattfindet, an dem sich sowohl die epithelialen Elemente als auch das charakteristische fibromuskuläre Gewebe der embryonalen Niere beteiligt. Das Mischungsverhältnis wie auch der Ausreifungszustand der Abkömmlinge beider Teile wechselt, und dadurch entsteht die große Mannigfaltigkeit des Bildes bei den embryonalen Adenosarkomen. Grätzer.

H. Schramm, Ein Fall von zystischer Degeneration des Netzes. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1903. No. 21.) S. beobachtete im Lemberger St. Sophien-Kinderspital einen jener höchst seltenen Fälle von primärer Erkrankung des Netzes.

Einjähriges Mädchen mit seit 4 Monaten langsam anwachsender Vergrößerung des Bauches. Letzterer jetzt faßartig geschwollen. Der Nabel ragt über das Niveau in Gestalt einer halbkugeligen, kleinapfelgroßen Geschwulst; er ist weich und sein Inhalt läßt sich durch leisen Druck in die Bauchhöhle zurückdrängen. In beiden Inguinalgegenden ähnliche, etwa gänseeigroße, leicht verschiebliche Geschwülste. Überall Fluktuation. Diagnose: Tuberkulöse Bauchfellentzündung mit massenhaftem flüssigem Exsudat, das den Nabel und beide Inguinalpforten hernienartig hervortreibt.

Operation. Kein Tropfen Flüssigkeit, dafür stellt sich in der Wunde ein zystenartiges Gebilde ein, das nichts anderes war, als das ganze Netz, das ein Konglomerat von nuß- bis zweifaustgroßen Zysten vorstellte; auch die Geschwülste in den Inguinalgegenden waren gebildet durch Hineindringen von zystisch degenerierten Netzteilen. Das etwa 2 Mannsköpfe große Gebilde, das einer riesigen Traube gleich, wurde herausgenommen; der größere Teil der Zysten stand durch enge Öffnungen miteinander in Verbindung.

13 Tage post operat. verließ das Kind das Spital und blieb in der Folgezeit gesund; die Herausnahme des ganzen Netzes hatte hier gar keine üblen Folgen.

Wie die Untersuchung ergab, waren die Wände der Zysten sehr dünn, bestanden nur aus dem einfachen Netzblatte, nirgends konnte

eine eigene Zystenwand nachgewiesen werden. Das spricht dafür, daß hier nicht ein Neugebilde vorlag, sondern daß man es mit einem entzündlichen Prozeß des Netzes zu tun hatte, wobei das sich bildende Exsudat die nicht ganz verklebten Netzblätter auseinander drängte und die Zystenbildung verursachte. Jedenfalls war die gleichmäßige totale Entartung des Netzes bei Mangel an Verklebungen mit Darm und Bauchwand sehr bemerkenswert. Grätzer.

Carl Beck, Uber echte Zysten der langen Röhrenknochen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 70. Heft 4.) Ein 11jähriges Mädchen bemerkte ein Jahr vor Eintritt in B.s Behandlung, kurze Zeit nachdem ein schwerer Gegenstand auf den Unterschenkel gefallen war, eine unbedeutende Anschwellung am oberen Drittel der rechten Tibia, welche zuerst schmerzlos verlief. Erst bei eintretender Vergrößerung der Geschwulst stellte sich leichte Schmerzhaftigkeit und erhebliche Funktionsstörung ein. Das Röntgenbild ergab eine deutlich begrenzte, kartenblattdicke Corticalis in regelmäßiger Anordnung. Sie umrahmte eine völlig durchscheinende Ovalfläche in spindelförmiger Gestalt. Die Kohäsion der Rinde war nirgends durchbrochen. Die Epiphysen waren normal; die Diagnose wurde auf Knochenzyste gestellt und die Inzison der Geschwulst vorgenommen. Hierbei wurde die Diagnose vollauf bestätigt. Die glatten Wände der apfelgroßen Höhle waren mit Bindegewebe ausgekleidet. Der Inhalt bestand aus einer dünnen sanguinolenten Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung der aus einzelnen Lamellen zusammengesetzten Zystenwandung zeigte Knochentrabekel sowohl als Marksubstanz in fibröses Gewebe umgewandelt. Dazwischen fand sich Granulationsgewebe. Um die Blutgefäße herum zeigten sich viele Rundzellen und große mehrkernige Zellen.

Die Wandungen wurden durch starkes Zusammenpressen eingedrückt, wodurch die Höhe sich bedeutend verkleinern ließ. In der Tiefe wurde eine kleine Messerspitze voll grobkörnigen Jodoforms verteilt. Die Heilung war in 3 Monaten vollendet. Joachimsthal (Berlin).

Wieting, Beitrag zu den angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steißbeingegend. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 36. Heft 3.) Die eingehende Untersuchung von vier solchen Präparaten führt W. zu der Ansicht, daß es sich in diesen Fällen nicht um eine rudimentär entwickelte zweite Keimanlage handelt, daß die Geschwülste vielmehr monogeminalen Ursprungs sind und Entwicklungsstörungen am hintern Rumpfende darstellen im Zusammenhang mit der Anlage des Medullarrohres. Er bezeichnet die Tumoren als Neuroepitheliome mit teils vorwiegend soliden Zellmassen, teils vorwiegend zystischer Umbildung. Vulpius (Heidelberg).

W. Koppe, Beitrag zur Lehre von den angeborenen Kreuzsteißbeingeschwülsten. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 66. Heft 5 u. 6. S. 529.) Bei einem totgeborenen männlichen Kinde hing der Gegend zwischen Steißbein und Skrotum eine ungefähr mannsfaustgroße, fast runde Geschwulst an, die mit der Sakralgegend durch einen im Durchmesser 4 cm dicken Stiel zusammenhing. Der Tumor drängte die Oberschenkel auseinander, so daß das Kind gleichsam auf der Geschwulst saß. Auf der rechten Seite waren zwei zirka wallnuß-

große, gelblich durchscheinende höckerige Knollen zu fühlen. Die Konsistenz der Geschwulst war an verschiedenen Stellen eine verschiedene; sie war im oberen Teil härter, im unteren weicher, schwammartig. An einzelnen Stellen war Fluktuation vorhanden. Die Afteröffnung saß bereits auf der Geschwulst, und zwar auf der Vorderseite; dicht darüber lag das Skrotum, in welchem die Testikel noch nicht zu fühlen waren. Auf dem Durchschnitt zeigte sich, daß der Tumor im wesentlichen aus zwei makroskopisch ganz verschiedenen, an Größe annähernd gleichen Hälften bestand, einer mehr soliden weißen oberen und einer mehr zerklüfteten braunroten unteren. Nur die erstgenannte stand mit dem Kinde direkt in Kontakt, und zwar berührte die Grenzlinie dieser mehr soliden Kugel, welche von einem derben Faserring umschlossen war, die Rückfläche des untersten Wirbelsäulenendes, insbesondere des Steißbeines. Doch war nach oben zwischen den Tumor und das Kreuzbein ein dunkelroter Muskelteil (Glutäalmuskulatur) zwischengelagert; nach vorn lag die Geschwulst der Ampulle des Mastdarms dicht an, nur durch eine schmale Schicht blaßroter Muskulatur von dieser getrennt. Vom Os ischii war sie gleichfalls, hier durch dicke Muskelschichten, getrennt. Die Abgrenzung des Tumors gegen den kindlichen Körper war darum besonders deutlich, weil die weiße, faserig angeordnete Geschwulstmasse sich auch in der Farbe deutlich von der blaßroten Beckenmuskulatur abhob. Die untere, dem Aussehen nach anders geartete Hälfte der Geschwulst stand nur mit der oben erwähnten oberen Hälfte in direktem Kontakt. Über beide Teile der Geschwulst zog die Körperoberhaut des Kindes hin, und zwar war sie von der Oberfläche des Tumors sehr leicht ablösbar, nur an einzelnen Stellen durch bandförmige Verwachsungen mit ihr in Verbindung stehend. Während am Rumpf eine wenn auch dünne Schicht leichten Fettgewebes unter der Haut lag, fehlte dieses im Bereiche des Tumors fast vollständig. Bei der genaueren Untersuchung der Geschwulst ist es H. gelungen, Elemente aller drei Keimblätter zu finden, und zwar so verschiedenartige Gewebe nebeneinander, daß man mit der Erklärung durch den Canalis neuroentericus oder der Ableitung von den Vestiges médullaires-coccygiennes oder mit anderen früheren Erklärungen nicht auskommen würde. Wenn die Geschwulst auch an vielen Stellen einen durchweg drüsenartigen Bau zeigte, so war H. doch weit davon entfernt — schon mit Rücksicht auf die Varietät des Drüsenepithels — sie für ein Adenom zu halten. Es ließ sich ferner nicht leugnen, daß oft sarkom- oder karzinomartige Partien zur Beobachtung gelangten. Im ganzen handelte es sich um ein recht kompliziertes Gebilde, das am besten durch das atypische Wuchern der Gewebe eines mißgestalteten Embryo erklärt werden konnte. Joachimsthal (Berlin).

Müller (Rostock), Zur Technik der Operation größerer Hämangiome und Lymphangiome. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 37.) M. weist darauf hin, daß man vielfach Hämangiome und Lymphangiome ohne nennenswerte Blutung entfernen könne, wenn man sich nach dem ersten Hautschnitt über die Konvexität der Geschwulst oder bei starker Vaskularisation der Haut am Rande des

Tumors möglichst an die zarte Bindegewebskapsel hält und so die Geschwulst stumpf mit geschlossener Cooperscher Schere oder Skalpellstiel herausschält, wobei nur einzelne zuführende Gefäße zu unterbinden sind. Vulpius (Heidelberg).

v. Bruns (Tübingen), Über die suprakondyläre Osteotomie des Femur bei Genu valgum mit besonderer Berücksichtigung der sekundären Knochenform. (Bruns' Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 40. Heft 1.) v. B. gibt zunächst eine statistische Übersicht über die in dortiger Klinik behandelten 108 Fälle (davon 29 doppelseitig, so daß 137 Osteotomien nötig waren — Lebensalter vorzugsweise 16—19 Jahre). Es folgt dann eine genaue Schilderung der angewandten Operationsmethode, der linearen suprakondylären Osteotomie des Femur nach Macewen, sowie der weiteren Behandlung.

Nachuntersucht wurden ($2\,^{8}/_{12}$—$22\,^{10}/_{12}$ Jahre nach der Operation) 24 Pat., an welchen 31 Operationen ausgeführt waren. Das kosmetische und funktionelle Resultat war fast in allen Fällen ein sehr gutes, nur bei einem war durch Wachstumsstörung am operierten Bein eine Verkürzung von 4 cm entstanden. Die nähere Untersuchung der Knochengestalt an der Operationsstelle mit Hilfe von Röntgenaufnahmen ergab, daß der durch die Operation gesetzte Knickungswinkel des Femur sich in fast allen Fällen gestreckt hatte, die Gestalt des Knochens sich also wieder der normalen Form angenähert hatte. Es war diese Streckung am stärksten ausgebildet in den Fällen, bei denen die Verbiegung vor der Operation am hochgradigsten gewesen war, wo also die größte Plastizität des Knochens bestanden hatte. Eine besondere Beeinflussung durch das Lebensalter oder die seit der Operation verflossene Zeit war nicht konstant nachzuweisen.

Vulpius.

v. Bruns (Tübingen), Über die juvenile Osteoarthritis deformans des Hüftgelenks. (Bruns' Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 40. Heft 3.) v. B. beschreibt zwei Fälle von Osteoarthritis ähnlich dem Malum coxae senile, die jedoch bei zwei jugendlichen Individuen auftrat. Nach ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichten bespricht Verf. genauer die Ätiologie (in dem einen Falle vielleicht Trauma) den sehr langwierigen Verlauf, sowie die Verschiedenheit der Symptome in beiden Fällen. Eine sichere Diagnose war nur mit Hilfe von Röntgenbildern möglich, besonders wegen der Ähnlichkeit mit Coxa vara. Die Therapie bestand in Extensionsverband, der zunächst durch die Ruhigstellung zu einer Verschlechterung des Zustandes, später aber durch fortgesetzte Übungen zu einem besseren funktionellen Resultat führte.

Es folgt eine Besprechung der bisher in der Literatur veröffentlichten 4 Fälle. Auch bei diesen ist die Verschiedenheit der Symptome auffallend. Die Therapie bestand hier in Resektion der Schenkelköpfe mit ziemlich gutem Erfolg. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der resezierten Köpfe ergab denselben Befund wie bei Malum coxae senile. Auch die Röntgenbilder der beiden Fälle von B. zeigen dieselben Erscheinungen. Vulpius.

P. Reichel, Zur Behandlung schwerer Formen von Pseudarthrosis. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 71. Heft 3. S. 639.) Nachdem in drei Fällen von Pseudarthrose infolge sogenannter intrauteriner Fraktur des Unterschenkels, die R. in den letzten 5 Jahren zu behandeln hatte, alle bisherigen Behandlungsmethoden versagt hatten, schritt er in seinem dritten Falle, in welchem der zweimalige Versuch, durch Einpflanzung einer der andern Tibia entnommenen Knochenspange in die längsgespaltenen Bruchstücke die Pseudarthrose zur Heilung zu bringen, fehlgeschlagen war, zur Transplantation eines gestielten Hautperiostknochenlappens des linken Schienbeines in den Defekt der rechten Tibia. Vorher fügte er ein 4 cm langes Elfenbeinstäbchen zwischen Periost und Knochen der Bruchstücke der Fibula, das falsche Gelenk überbrückend, ein. Der überpflanzte Hautperiostknochenlappen wurde sorgfältig durch Periost- und Hautnähte auf den Bruchstücken der Tibia fixiert und durch einen beide Beine umfassenden Gipsverband unverrückt in seiner neuen Lage erhalten. Nach drei Wochen wurde der Hautstiel beim ersten Verbandwechsel durchtrennt; der Lappen war aseptisch eingeheilt. Das bei der ersten Operation 3 Jahre, zur Zeit der Publikation 6 Jahre alte Mädchen läuft jetzt, 1 Jahr noch dieser letzten Operation, ohne jede Stütze schnell und sicher — nur infolge der Verkürzung des kranken Beines leicht hinkend — umher. Die Pseudarthrose ist in guter Stellung der Bruchstücke zur Heilung gekommen. Die Röntgenphotographie zeigt, daß der überpflanzte Knochen knöchern mit beiden Bruchstücken verwachsen ist, daß von dem mitüberpflanzten Periost aus eine Knochenumbildung stattgefunden hat, daß hingegen an der Bruchstelle der Fibula um das implantierte Elfenbeinstäbchen herum nicht eine Spur von knöchernem Callus sich gebildet hat.

Joachimsthal (Berlin).

G. Doberauer, Beiträge zur Epiphysenosteomyelitis. (Aus der Wölflerschen chirurg. Klinik.) (Prager med. Wochenschrift. 1903. No. 51 u. 52.) D. führt 3 Fälle vor. Bei dem ersten derselben, der einen 9jährigen Knaben mit Osteomyelitis coxae acuta betraf, zeigt er, wie bei frühzeitiger energischer operativer Behandlung die Heilung mit geringer Funktionseinbuße des befallenen Gelenks erreicht werden kann, während bei den beiden anderen Fällen, beides Lokalisationen am Kniegelenk darstellend, die schweren Folgezustände offenbar werden, welche bei Epiphysenosteomyelitis eintreten können, wenn diese sich selbst überlassen bleibt bezw. nicht radikal genug behandelt wird. Die Fälle betrafen einen 8jährigen Knaben und einen 18jährigen Pat. und kamen erst einige Jahre nach Beginn des Leidens zur Beobachtung; bei dem einen fand sich rechtwinklige Beugekontraktur neben beständiger Fisteleiterung, bei dem anderen ein Genu recurvatum.

Grätzer.

Schiele (Naumburg a. S.), 4 Fälle einseitiger Halswirbelgelenkluxation. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 3.) Es handelt sich um einen 18jährigen Mann und um 3 Kinder; letztere hatten sich die Verletzung dadurch zugezogen, daß sie mehrere Wochen vorher von Bäumen herabgefallen waren.

Die therapeutisch sonst empfohlenen Maßnahmen hält S., namentlich bei Kindern, für zu vehement. Es genügen hier ganz geringe Kraftanwendungen zur Reposition vollkommen. Stets unter Narkose läßt man den Kopf des Pat. über die Tischkante hängen. Dann Überdehnung der luxierten, an sich schon überdehnten Seite durch Bewegung des Kopfes nach der entgegengesetzten Schulter, und des Kinnes ebendahin. Bei der Rückkehr aus dieser Stellung merkt man, wenn nicht schon durch das Überhängenlassen des Kopfes allein die Reposition erfolgt ist, ein weiches Schnürpfen, die Operation ist vollendet. Ein Verband ist nicht nötig. Grätzer.

K. Vogel, Ein Fall von Ersatz der ganzen Radiusdiaphyse durch einen Elfenbeinstift. (Aus dem St. Johannishospital in Bonn.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 46.) Ein 8jähriges Mädchen war auf den Arm gefallen. Allmählich verwandelte sich die ganze Radiusdiaphyse in einen Sequester um und ging aus ihrer lockeren Verbindung mit den Epiphysen leicht heraus. Der Sequester wurde entfernt und einige Zeit darauf in das angefrischte und etwas erweiterte Lager der Diaphyse ein Elfenbeinstift eingesetzt, der mit seinen beiderseitigen Spitzen in die stehengebliebenen Epiphysen eingestochen wurde. Der Fremdkörper heilte glatt ein, der Knabe kann seine Extremität ebenso gebrauchen, wie früher. Jetzt 1 Jahr nach der Operation zeigt das Röntgenbild auch eine entschiedene Knochenneubildung, sowohl an den Epiphysen, wie auch in Gestalt einzelner Schalen und Spangen der Diaphyse. Das berechtigt zu guten Hoffnungen auch für das weitere Schicksal der betreffenden Extremität. Grätzer.

Selter, Der Plattfuß des Kindes. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 57. Heft 6.) Der Fuß des Neugeborenen ist in der Regel schön gewölbt. Er steht nicht in Valgus-, eher in Varusstellung, wie es der Fötalentwicklung entspricht. Dagegen ist der kindliche Fuß im Verhältnis zu seiner Länge breiter (2:1), wie beim Erwachsenen (3:1), im Fersenteile ist er schmäler als in der Gegend des Metatarsalköpfchens. Charakteristisch ist ferner die größere Ausgiebigkeit der Bewegungen namentlich in den beiden großen Fußgelenken; ferner die mit zunehmender Entwicklung eintretende Verminderung des Bewegungsspielraumes und der Gelenkflächen im Chopartschen Gelenke, die ihren Ausdruck findet in verminderter Adduktions- und Supinationsfähigkeit des Fußes. Und endlich fehlen dem Kinde noch die sogenannten Hemmungsflächen, d. h. also diejenigen Gebilde, über die hinaus die Gelenkenden der Knochen gegen einander nicht hinweggleiten können. S. konstatiert eine große Häufigkeit kindlicher Plattfüße und zwar kommen Pes planus und Pes valgus getrennt vor. Eine Stellungsanomalie hat häufig die andere im Gefolge oder entsteht gleichzeitig. Die Ursache ist neben physiologischen und anatomischen Eigentümlichkeiten des kindlichen Fußes in äußeren Einflüssen (Schuh, Gang) und in kindlichen Erkrankungen des Fußes zu suchen (Rachitis). Der kindliche Plattfuß ist nie fixiert, nie ausgebildet, er macht deshalb erst im späteren Alter beim Hinzutreten professioneller Schädlichkeiten erhebliche Symptome. Er ist, früh-

zeitig und zweckmäßig behandelt, heilbar. Zur Behandlung empfiehlt S. einen Schuh, der neben einer Stütze des Fußgewölbes und leichter Supinationshaltung auch eine Adduktionsstellung desselben erzielt. Er erreicht dies dadurch, daß die Sohle des Schuhes so geschnitten wird, als wäre der Vorderfuß im Chopart adduziert. Auf eine solche in der Gegend des Chopart über die Innenkante gebogene Sohle wird der Schuh aufgebaut und zwar wird zunächst die Sohle entlang dem ganzen Innenrande verdickt, so daß sie eine nach außen schiefe Ebene darstellt. Ferner wird hier eine dem Fußgewölbe entsprechende Einlage von Leder eingearbeitet und um ein Durchtreten zu verhindern, der Absatz am Innenrande nach vorne gezogen. Dieses Schuhwerk kommt auch prophylaktisch in Frage.

R. Hecker (München).

Spitzy, Über Bau und Entwicklung des kindlichen Fußes. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 57. Heft 6.) Das Material der Arbeit bilden genaue Messungen von 150 Kindern im Alter bis zu 3 Jahren; ca. 100 auf verschiedene Weise gewonnene Fußabdrücke werden durch eine Anzahl Gefrierschnitte ergänzt. Verf. kommt zu folgenden interessanten Resultaten:

Der Fuß des Neugeborenen besitzt ein relativ ebenso hoch gespanntes, inneres wie äußeres Fußgewölbe wie der des Erwachsenen; dieses formt sich nicht erst während des extrauterinen Lebens, sondern ist primär ausgebildet und angeboren. Bei Beginn der Gehzeit verursacht die ungewohnte Belastung Schwankungen und vorübergehende Senkungen des Fußgewölbes, die aber bei einem normalen Verlaufe niemals zu einer dauernden oder gänzlichen Abflachung des Fußes führen. Die normalen Schwankungen sind um so größer, je unvorbereiteter der Muskel- und Bandapparat des Fußes ist. (Wichtigkeit der Kriechperiode.)

Übergroßes Mißverhältnis zwischen der Tragkraft des Fußes und Körperlast kann zu Pronationsdeformitäten des Fußes, bei dauernden pathologischen Einflüssen und hinzutretender Rachitis zu einem Plattfuß (Pes valgus), nie aber zu einem Pes planus führen. Nach der funktionellen Anpassung des Muskelbandapparates an die übertragene Last hören die Gewölbeschwankungen auf, durch Schwund des umgebenden und umhüllenden Fettgewebes tritt auch äußerlich die angeborene Fußwölbung hervor. — Einengung des Bewegungsterrains der Fußmuskulatur wirkt hemmend auf die Fußentwicklung und kann durch Schwächung der Supinatoren ebenfalls zu Pronationsdeformitäten führen. Prophylaxe und Therapie haben demnach folgendes zu beachten:

Den Füßen soll möglichst freies Spiel gewährt werden. Das freie Herumkriechen der Kinder ist möglichst zu unterstützen; die Kinder sollen frühzeitig, schon in den ersten Monaten, viel auf den Bauch gelegt werden, erstens stärkt das Aufbäumen des Oberkörpers aus dieser Stellung die für Haltung und Gang wichtigen Rücken- und Lendenmuskeln, zweitens fangen sie aus dieser Stellung am frühesten und leichtesten ordentlich zu kriechen an. (Ref. möchte aus demselben Grund dieses Bauchliegen empfehlen, jedoch nur mehrmals täglich für kürzere Zeit, da, wie Ref. beobachtet hat, allzu

vieles Aufbäumen des Oberkörpers und Überstrecken des Kopfes der Entstehung von kongestiver Struma Vorschub leistet.) Verf. wendet sich dann gegen das zu frühe Aufsetzen und Aufnehmen der Kinder, gegen jede künstliche Abkürzung der „Kriechzeit", besonders gegen alle Vorrichtungen, in welchen es nicht abwechselnd kriechen und laufen, bezw. sitzen oder liegen kann. Der Fuß ist möglichst frei zu lassen; der Fußentwickelung am zuträglichsten ist barfußlaufen; eventuell gibt man biegsame Sandalen, die eine nach dem Fuße selbst zugeschnittene, nicht zu starre Sohle besitzen und die Zehen frei lassen. Sind Schuhe nötig, so sehe man, daß die Sohle der Fußkontur genau folgt und an den Zehen am weitesten ist; spitz oder bogig zulaufende Schuhe begünstigen Pronationsdeformitäten. Das Kind soll nie zum Gehen angehalten oder gezwungen werden. Jede vorhandene Pronationsstellung ist zu korrigieren durch Einlagen, deren Herstellung am besten nach der Langeschen Gurt-Stahldraht-Zelluloidtechnik erfolgt.

Hecker (München).

Arthur Clopatt (Finnländer), Die Entwicklung der Becken- und Extremitätenknochen beim menschlichen Fötus, mit Röntgenstahlen untersucht. (Finska Läkaresällskapets Handlingar. Bd. XLV. 1903.) Der Verf. hat mit Röntgenstrahlen Embryonen vom vierten Monate an bis zum Ende der Schwangerschaft untersucht. Die Präparate waren in Alkohol oder in Formalin gehärtet. Die Photographierung fand mit einem Induktorium von 55 cm maximaler Funkenlänge statt. In die primäre Strombahn war Wehnelts elektrolytischer Stromunterbrecher eingeschaltet. Die Expositionsdauer betrug einige Sekunden für die kleinsten und etwa 20 Sekunden für die größten Embryonen. Die benutzten Röntgenröhren waren weich und in etwa 50 cm Entfernung von der photographischen Platte plaziert. Der Verf. beschreibt die Verknöcherung des Skeletts, die vermittelst der beigefügten schönen Röntgenbilder sich von Monat zu Monat verfolgen läßt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Comby, Ostéites apophysaires de croissance. (Archives de méd. des enf. September. 1903.) Es kommen Knochenschmerzen vor, die mit dem Wachstume der Knochen in Verbindung stehen; es existiert keine wirkliche Entzündung oder Knocheninfektion, sondern wahrscheinlich eine besondere Knochenkongestion infolge gesteigerter Ossifikation, die als Osteitis oder Osteomyelitis imponieren könnte. Diese Schmerzen werden mitunter in den Diaphysen, gewöhnlich aber in der Nähe der Gelenke, an dem Punkte des regsten Knochenwachstums, also an der Verbindungsstelle zwischen Diaphyse und Epiphyse gefühlt. Fast immer werden die unteren Extremitäten hiervon befallen, nie die Arme, und hauptsächlich die Umgebung der Knie. Namentlich ist es, wie schon Lannelongue hervorgehoben hat, die vordere, obere Tuberositas tibiae, unmittelbar unter der Kniescheibe und dem Ansatze des Kniescheibenbandes, wo diese Schmerzen hauptsächlich in Erscheinung treten. Die Stelle erscheint geschwellt, blutreich, heiß; die Haut kann rot und empfindlich sein, mit einem Worte der Zustand imponiert als ein leicht entzündlicher Vorgang.

Die **apophysäre Osteitis** oder **apophysäre Wachstumsostealgie** erscheint hauptsächlich in der Pubertät oder Adoleszenz bei Kindern mit raschem Wachstume. Die Krankheit tritt doppelseitig auf, seltener einseitig; die Prognose ist eine gute.

Bezüglich der Behandlung ist zu bemerken, daß die Ruhestellung des erkrankten Gliedes als Hauptindikation zu betrachten sei. Das Bett soll 8, 15 Tage und, wenn notwendig, auch 3 Wochen lang gehütet werden. Als Unterstützung und Sedativum sind laue Bäder (34—35°) von 15—20 Minuten Dauer zu verabreichen. Man kann denselben 1 kg Meersalz zufügen lassen. Lokal: Pinselungen mit Jodtinktur oder Vigosches Pflaster. E. Toff (Braila).

Michael Cohn, Zur Coxa vara infolge Frührachitis. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 3.) Messungen an rachitischen Knochen lassen erkennen, daß eine ganz leichte Abbiegung des Schenkelhalses nach unten, ebenso wie ein geringer Hochstand des Trochanter major infolge schwerer infantiler Rachitis nicht so selten zu beobachten ist. Höhere Grade der Verbiegung dagegen, bis zum spitzen Winkel, ebenso beträchtliche Verschiebungen der Oberschenkelepiphyse gegen die Diaphyse sind doch recht selten. Ein von C. beobachteter Fall ist insofern interessant, als klinisch nur die Symptome einer linksseitigen Coxa vara vorhanden waren, während das Röntgenbild eine doppelseitige Affektion aufdeckt: rechts einfache Auswärtsbiegung des Schenkelhalses fast bis zur Horizontalen, links neben einer rechtwinkligen Abbiegung des Schenkelhalses noch eine Verschiebung des Kopfes am Halse nach unten, eine Subluxation des Kopfes nach unten und eine Verschmälerung des Femurschaftes.

R. Hecker (München).

1. **Roos** (Freiburg), Über späte Rachitis (Rachitis tarda). (Zeitschrift f. klin. Medizin. Bd. 48. Heft 1 u. 2. 1903.) 2. **Roos** (Freiburg), Schwere Knochenerkrankung im Kindesalter. Osteomalacie? Rachitis? (Zeitschrift f. klin. Medizin. Bd. 50. Heft 1 u. 2. 1903.) Das Vorkommen von Rachitis nach dem dritten Lebensjahre wird selbst von erfahreneren Kinderärzten vielfach geleugnet, während andere es alle eine der größten Seltenheiten bezeichnen. Aus diesem Grunde ist die ausführliche Schilderung zweier von R. beobachteter Fälle sehr dankenswert. In dem einen derselben handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen, bei dem die fraglichen Erscheinungen seit dem elften Jahre auftraten und bei dem die klinische Beobachtung, sowie Röntgenaufnahmen der erkrankten Knochen ein der infantilen Rachitis durchaus analoges Bild ergaben. (Auftreibung der Epiphysen und Verzögerung der epiphysären Verknöcherung.) Bemerkenswert war die unter der Darreichung von Phosphorlebertran eintretende Besserung und die, wie die Röntgenaufnahmen zeigten, während dieses Zeitraumes in sehr erheblichem Grade zunehmende Verknöcherung.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine zur normalen Zeit auftretende, und bis in das siebente Jahr verschleppte, dann ausgeheilte und zur Pubertätszeit rezidivierende Rachitis. Jedenfalls würde es — wie R. hervorhebt — etwas Gezwungenes haben, das

in dieser Entwickelungsperiode auftretende Knochenleiden als von anderer Art anzusehen, als die erste Erkrankung.

Verf., der außerdem die ähnlichen Beobachtungen aus der Literatur zusammenstellt, betrachtet auf Grund derselben die Rachitis als eine Krankheit der gesamten Wachstumperiode und das Auftreten derselben in der Entwickelungszeit, in welcher gerade wie in den ersten Lebensjahren ein besonders intensives Längenwachstum erfolgt für keine solche Seltenheit, wie das gewöhnlich angenommen zu werden pflegt.

Gewissermaßen als Gegenstück zu den beiden Fällen schildert R. in der zweiten Publikation einen Fall, der ein zur Zeit 11jähriges Mädchen betrifft und bei dem es schwer fällt, eine Entscheidung zu treffen, ob man eine langdauernde Rachitis, die bei besonders starker Knochenbrüchigkeit sich neben dem Befallensein der Wirbelsäule ausschließlich auf die Diaphysen der Extremitätenknochen beschränkte und, soweit am Lebenden und mit Röntgenaufnahmen erkennbar, keine epiphysären und kaum sonstige Proliferationsvorgänge am Knochen erzeugt hatte, annehmen soll oder eine wirkliche kindliche Osteomalacie. Jedenfalls erinnert der Fall in mehrfacher Hinsicht an diese letztere Affektion und das Ineinanderübergehen der Krankheitserscheinungen von Rachitis und Osteomalacie vergrößert noch die Wahrscheinlichkeit der auch aus anderen Gründen schon vermuteten nahen Verwandtschaft der beiden Prozesse. Eschle (Sinsheim).

R. Neurath, Über ein bisher nicht gewürdigtes Symptom der Rachitis. (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 23.) N. fand nur bei rachitischen Kindern, und zwar meist solchen im ersten Lebensjahre, eine eigenartige Formveränderung der Fingerglieder. Dieselbe besteht meist in einer leicht spindelförmigen Auftreibung aller Phalangen, welche (Grund-, Mittel- und Endphalangen) in ihrem mittleren Anteile verdickt sind, während die den Phalangealgelenken entsprechenden Stellen normal konfiguriert und zwischen den aufgetriebenen Phalangen eingesunken erscheinen. Seltener bilden Grund- und Mittelphalanx zusammen einen distalwärts sich sehr wenig verjüngenden Kegelstumpf, während die Endphalanx in der Gegend des Nagels verdickt erscheint und zwar meist im radioulnaren Sinne, so daß der Finger wie ein sehr schlanker Spielkegel aussieht. Oder noch seltener sind die Endphalangen auch in der dorsopalmaren Richtung verdickt, und nimmt der Nagel an der so entstehenden Rundung des Endgliedes derart teil, daß typische Trommelschlägelfinger entstehen.

Von der hereditär-syphilitischen Phalangitis läßt sich die Phalanxrachitis unschwer unterscheiden, schon dadurch, daß bei ersterer immer ein prädominierendes Ergriffensein der Grundphalangen zu erkennen ist. Grätzer.

Amistani, Beitrag zum Studium der Organtherapie bei Rachitis. (La Pediatria. August 1903.) Verf. berichtet über 7 Fälle rachitischer Kinder, denen er täglich 15—20 g Knochenmark in einer Glyzerinemulsion per os einverleibt hat. In allen Fällen besserte sich die Blutbeschaffenheit und der Gesamtzustand; die Schmerzen an den Knochenepiphysen verschwanden. F.

Marcolongo, Klinisch-experimentelle Studie über Organtherapie mit Thymusdrüse bei Chlorose und analogen Zuständen des Kindesalters. (La Pediatria. November 1903.) Nach einer Reihe von theoretischen Betrachtungen teilt Verf. 4 Fälle von Chlorose im Pubertätsalter mit, in denen er die Thymustherapie angewandt hat. Zuerst bediente er sich des Merckschen Präparates; da aber nach seiner Anwendung häufig Übelkeiten und Erbrechen beobachtet wurden, so gebrauchte Verf. später ein Lösung von 1 Teil Drüsensaft auf 2 Teile Glyzerin. Bei allen Pat. wurde eine Zunahme des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen konstatiert, ferner Zunahme des Körpergewichtes und Besserung des Allgemeinzustandes. F.

Antonio Petrone, Die Veränderungen der Milz und der Thymus in einigen experimentellen Anämien. (La Pediatria. August. 1903.) Nach Pyrodinvergiftung ließ sich eine erhebliche Vergrößerung der Milz konstatieren, die bei erwachsenen Tieren weit beträchtlicher war, als bei jungen; bei letzteren war die Zahl der kernhaltigen Blutkörperchen etwas größer als bei ersteren. Nach wiederholtem Aderlaß fanden sich fast alle Elemente des Knochenmarkes.

Sowohl bei Pyrodinvergiftung wie nach wiederholtem Aderlaß wurde bei jungen Tieren eine erhebliche Volumenabnahme der Thymus bis zur völligen Atrophie beobachtet. Verf. findet eine experimentelle Bestätigung der von Stokes und anderen bei Sektionen gefundenen Tatsache, daß die Thymusdrüse bei irgend welchen Kachexien zuerst in Mitleidenschaft gezogen wird und dasjenige Organ darstellt, das auf den Ernährungszustand des Gesamtorganismus zuerst Schlüsse zuläßt. F.

Guiseppe Caccia, Eitrige Thyreoiditis nach der Vakzination. (Rivista di Clinica Pediatrica. Fasc. IX. 1903.) Die Entzündung der Schilddrüse begann bei dem 1 Jahr 10 Monate alten Kind 4—5 Tage nach der Pockenimpfung. Es wurde eine Inzision gemacht. Die Untersuchung des Eiters, der sich bei der Inzision entleert hatte, ergab zahlreiche Streptokokken. F.

L. Stumpf, Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1902. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 3 u. 4.) Der sehr ausführliche Bericht enthält einen statistischen Teil, sowie einen „sachlichen“, in dem über die Lymphe selbst, die Bezugsquellen derselben, über die speziellen Erfolge der Impfung, die Technik im einzelnen, die verschiedenen benützten Impfinstrumente, die Schutzmaßregeln gegen Infektion, über die Varietäten der Vakzine, über Krankheiten und Todesfälle, die mit der Vakzination zusammenhängen, eine Besprechung stattfindet. Grätzer.

L. Voigt, Schon wieder ein neuer Impfschutzverband (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 6.) V. ist ein starker Gegner aller sogenannten Impfschutzverbände, die nach seinen Erfahrungen sämtlich, statt der Entwickelung der Pusteln günstig zu sein, das

Gegenteil bewirken. Dieselbe Erfahrung hat er auch mit einem neuerdings von der Helfenberger Firma Eug. Dieterich fabrizierten Schutzverband gemacht, der sich nicht als dauerhaft erwies, auch nur für eine Pustel eingerichtet ist und, was das Wichtigste ist, die Pocke selbst schädigt.

Grätzer.

J. M. Day, Pocken und Revakzination. (The Brit. med. Journ. 4. Juli 1903.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, bei denen das Inkubationsstadium der Pocken genau 15 Tage gedauert hatte. Die Patienten waren innerhalb des Inkubationsstadiums mit Erfolg geimpft worden.

Beide Fälle nahmen einen günstigen Verlauf.

C. Berliner (Aachen).

A. B. Green, Der Gebrauch von Chloroform bei der Bereitung von Lymphe. (The Brit. med. Journ. 23. Mai 1903.) Die Methode, die der Verfasser beschreibt, hat den Zweck, fremde, der Lymphe sonst nicht angehörige Organismen innerhalb von 1 bis 6 Stunden zu eliminieren, ohne daß die Lymphe etwas von ihrer Wirksamkeit verliert.

Man läßt sterile Luft durch reines, flüssiges Chloroform hindurchgehen, bis sie sich mit Chloroformdampf voll gesättigt hat. Hierauf passiert die Mischung von Luft und Chloroformdampf die Vakzine-Emulsion, die sich rasch mit Chloroform sättigt. Nach 1—6 Stunden ist sie von den fremden Bakterien befreit. Nach der Elimination wird durch Zufuhr eines sterilen Luftstromes wieder die Verflüchtigung des Chloroforms aus der Emulsion bewirkt.

C. Berliner (Aachen).

N. R. Finsen, Die Behandlung der Pocken mit rotem Licht. (The Brit. med. Journ. 6. Juni 1903.) Das gefährlichste Stadium für die Pockenkranken ist das Suppurationsstadium. Langjährige Erfahrungen haben dem Verfasser die Überzeugung beigebracht, daß der Übergang der Pockenbläschen in Eiterpusteln dem Tageslicht, insbesondere den chemischen Strahlen desselben zuzuschreiben sei, und daß man ihre nachteilige Wirkung vermeiden könnte, wenn man möglichst frühzeitig im Beginn der Erkrankung die Fenster des Krankenzimmers, in welchem die Patienten liegen rot verhänge. Die Behandlung lasse nur in solchen Fällen im Stich, welche von vornherein schon als schwer durch das Pockengift infiziert erscheinen.

C. Berliner Aachen.

Thomson and **Brownlee,** Preliminary note on the parasites of small-pox and chicken-pox. (British medical Journal. 1903. S. 241.) Verff. geben eine Zusammenfassung ihrer ausgedehnten Untersuchungen über die Variola und Windpocken. 1. In dem Blut von Patienten mit hämorrhagischen Blattern finden sich runde, stark lichtbrechende, kleine Fetttröpfchen ähnliche Körper, die sich weder mit Osmiumsäure noch einem der gewöhnlichen Farbstoffe färben, und zwar in ziemlich beträchtlicher Menge vom 3. bis 4. Tage ab bis zum Tode. Ähnliche Körper finden sich in geringeren Mengen auch bei den konfluierenden Pocken und gelegentlich in dem Prodromalstadium von Pocken und Windpocken. Sie unterscheiden sich in

jeder Weise von normalen oder pathologischen Blutbestandteilen. 2. In den Blutungen finden sich Körper, die sich dadurch von den eben beschriebenen unterscheiden, daß sie sich, wenn auch nur schwach, färben. 3. In den Lymphräumen und in den Kapillaren der Haut finden sich kleine, runde Körper (kleiner als Staphylokokken). Ihre Färbbarkeit ist sehr verschieden. 4. In den Lymphräumen der Haut finden sich kleine, runde Körper in Gruppen zusammengelagert, die leicht färbbar sind mit basischen Farben; mit Ehrlichscher Triazitmischung nehmen sie eine eigentümliche, purpurne Farbe an. 5. Bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen finden sich diese Körper zwischen den Epithelien der Haut. 6. Die unter 4 und 5 beschriebenen Körper finden sich im Inhalt der Blasen und der Papeln und zuweilen in geringerer Menge in dem Blut von Patienten mit hämorrhagischen Pocken. 7. In den Zellen des Blaseninhaltes finden sich helle Körperchen, welche später den größten Teil der Zelle einnehmen und sich schließlich frei im Blaseninhalt finden. Sie färben sich nur schwach. 8. Eitererreger fehlen bei den Pocken gewöhnlich. Nur 3mal in 17 Fällen von hämorrhagischen Pocken fanden sich Eitererreger (Kokken, Bazillen, resp. Kokken und Bazillen). 9. Gegen Ende der Blasen- und Pustelperiode finden sich gewöhnlich Eitererreger. 10. Ähnliche Erscheinungen, wie sie sich bei der Variola finden, finden sich auch bei den Varizellen. Bei hämorrhagischen und konfluierenden Pocken finden sich Eitererreger im Blut, die wahrscheinlich aber erst sekundär hineingelangt sind.

Schreiber (Göttingen).

J. H. Franklin, A case of Smallpox in the Foetus. (Medical Record. 5. September 1903.) Eine interessante Mitteilung von Pocken, die allem Anschein nach durch Ansteckung in Utero akquiriert wurden.

Die Mutter des totgeborenen pockenkranken Kindes hatte keine Anzeichen der Krankheit, aber ihr Mann hatte 6 Wochen vor der Entbindung Pocken überstanden.

Das Kind kam zur Welt, tot, aber ausgetragen, und zeigte typische Pockenpusteln auf dem Körper!

Leo Jakobi (New York).

Th. v. Genser, Sind Varizellen eine ausschließliche Kinderkrankheit? (Wiener klin. Wochenschr. 1903. No. 3.) Das Vorkommen von Varizellen bei Erwachsenen wurde bisher als besondere Rarität betrachtet. Bei einer im vorigen Jahre in Wien herrschenden Epidemie hatte Verf. Gelegenheit, auch Erwachsene an Varizellen erkranken zu sehen. Um aber größere Zahlen zu benutzen, nahm Verf. die Berichte des Wiener Stadtphysikates zu Hilfe. Es ergab sich, daß von 1891—1900 in Wien 29250 Anmeldungen über Varizellenfälle 102 Pat. 15, 217 Pat. 16—20, 82 Pat. 21—25, 51 Pat. 26—30, 26 Pat. 31—35, 22 Pat. 36—40, 12 Pat. 41—45, 4 Pat. 46—50, 4 Pat. 51—55 Jahre alt waren, und 2 Pat. sogar über 56 resp. 60 Jahre zählten.

Daraus geht hervor, daß Varizellen auch jenseits des 15. Lebensjahres gar nicht so selten sind, daß selbst ältere Leute vielfach noch

davon befallen werden und daß selbst Fälle im 60. Lebensjahre vorkommen.

Grätzer.

G. B. Allaria, Akute eitrige Thyreoiditis infolge von Varizellen. (Aus der I. med. Klinik der Universität Turin.) (Monatsschrift f. Kinderlheilk. Dezember 1903.) 7 jähr. Kind mit Varizellen bekam an zwei Bauchpusteln phlegmonöse Entzündung. Von da aus gelangten Streptokokken in die Schilddrüse und brachten einen Teil derselben metastatisch zur Abszedierung.

Grätzer.

William A. Edwards, Varicella gangraenosa. Its apparent frequent Association with Tuberculosis. (Archives of Petiatrics. August 1903.) Verf. erörtert die merkwürdige klinische Erfahrungstatsache, daß Varicella gangraenosa fast immer mit Tuberkulose vergesellschaftet erscheint. Diese Verbindung fällt beim Studium der einschlägigen Literatur sofort auf, und wird auch von vielen Autoren gewürdigt.

Wahrscheinlich spielt dabei die bekannte herabgesetzte Resistenz der Schwindsüchtigen eine große Rolle, namentlich da Streptokokken und Staphylokokken im Respirationsapparat solcher Kranken hausen und nur einer Gelegenheit bedürfen. Treten nun Varizellen hinzu, so kommt es leicht zu einer Mischinfektion und Grangrän des Exanthems.

Wie dem auch sein mag, die klinische Verbindung der beiden Krankheiten bleibt Tatsache.

Leo Jakobi (New York).

Enrico Gaspardi, Über einen Fall symmetrischer Gangrän der Extremitäten. (Gezzett. d. osped. e delle cliniche. No. 150. 1902.) Es handelt sich um einen Fall von Raynaudscher Krankheit bei einem 3 jährigen Kinde; Verf. ist geneigt, einen ätiologischen Zusammenhang anzunehmen mit einer wenige Tage vor Beginn der Gangrän überstandenen Infektion an Masern.

F.

Lajos Nékám, Eine an Raynaudscher Krankheit erkrankte Familie. (Orvosi hetilap. 1903. No. 29.) Ein Witwer heiratete eine Witwe, aus dieser Ehe entsprossen neun, aus der ersten je ein Kind; der Sohn der Witwe aus der ersten und 5 Kinder der zweiten erkrankten an der Raynaudschen Krankheit. Diese intensive familiäre Ausbreitung der Krankheit ist ein Unikum in der Literatur.

Ernö Deutsch (Budapest).

M. Stooss, Barlowsche Krankheit (Skorbut der kleinen Kinder). (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1903. No. 15 u. 16.) S. gibt fünf genaue Krankengeschichten und unterzieht im Anschluß an seine Beobachtungen einige streitige Fragen der Besprechung. Nach ihm handelt es sich bei der Barlowschen Krankheit um eine primäre eigenartige Erkrankung des Knochenmarkes, welche sekundär, infolge mangelhafter Funktion desselben, zu der hämorrhagischen Diathese und zu der Anämie führt. Die Untersuchungen der makroskopischen pathologisch-anatomischen Veränderungen, die Analyse der einzelnen Krankheitserscheinungen, das gesamte Krankheitsbild sprechen für die Zugehörigkeit des Leidens zum Skorbut. Wie der Skorbut der Erwachsenen wird auch die Barlowsche Krankheit durch Fehler der

Ernährungsweise hervorgerufen. Das Erwärmen der Nahrung zur Siedehitze ist nur eine dieser Schädigungen. Weiter scheint der Faktor maßgebend zu sein, daß die Nahrung in irgend einer Richtung qualitativ ungenügend ist, und wird wohl ein Defizit in ganz bestimmter, aber uns noch unbekannter Richtung maßgebend sein. Auch die Art und Weise der Sterilisation ist sicherlich von Bedeutung. „Wenn wir in der Säuglingsernährung von den Künsteleien wieder zu dem Einfachen zurückgekehrt sein werden, und auch nicht aus zu großer Ängstlichkeit den Säuglingen zu wenig gehaltvolle Nahrung reichen, wird auch die Barlowsche Krankheit, der Skorbut der kleinen Kinder, eine historische Erinnerung bleiben.“ Grätzer.

Carlo Comba, Neue Untersuchungen über Barlowsche Krankheit. (Recenti studi tul morbo di Barlow.) (Rivista di Clinica Pediatrica. Fasc. IX. 1903.) Verf. gibt eine Übersicht über die neueste die Barlowsche Krankheit betreffende Literatur und die von den verschiedenen Autoren aufgestellten Theorien. In Italien ist die Krankheit sehr selten; es finden sich in der Literatur nur zwei von Jemma mitgeteilte Fälle. Verf. führt das darauf zurück, daß in Italien die künstliche Ernährung in den ersten Lebensmonaten nicht so häufig ist und daß da, wo sie angewandt wird, sterilisierte Milch sehr selten gebraucht wird. F.

Allaria, Blutuntersuchungen bei Purpura. (Rivista di Clinica Pediatrica. No. 10. 1903.) Die hämatologischen Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf 6 Fälle von Purpura; drei davon waren rheumatischer Natur, zwei wurden als primäre infektiöse Purpura betrachtet, einer war chronischer Natur und dunklen Ursprungs. Die Details der Untersuchung eignen sich nicht zur Wiedergabe in Form eines Referats. F.

Cesare Cattaneo, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenie der primären Purpura im Kindesalter. (La Pediatria. August 1903.) In dem einen 7jährigen Knaben betreffenden Fall sprach vieles für Morbus Werlhofii, manches für Purpura rheumatica; im weiteren Verlauf der Erkrankung ähnelte das Krankheitsbild eine Zeitlang völlig dem einer Purpura infectiva acuta. Verf. meint, daß die verschiedenen klinischen Modalitäten der primären Purpura in praxi nicht so scharf voneinander zu scheiden sein, sondern die Neigung haben, ineinander überzugehen. Aus dem Blut konnte der Staphylococcus pyogenes albus gezüchtet werden; doch vindiziert ihm Verf. keine pathogene Bedeutung für diesen Fall. F.

Arthur Voelcker, Über Purpura in der Kindheit. (Brit. med. Journ. 31. Oktober 1903. S. 1153.) Die essentielle Purpura ist bei Kindern unter 10 Jahren eine seltene Krankheit. Mädchen werden relativ häufiger befallen als Knaben. Nicht so selten ist die symptomatische Purpura in den ersten 2 Lebensjahren. Sie tritt hier als Begleiterscheinung im Verlaufe der Tuberkulose, vieler gastro-intestinaler Störungen, der kongenitalen Syphilis, mancher akuter Infektionskrankheiten und pyämischer Zustände auf.

Der Verf. unterscheidet 4 Formen der essentiellen Purpura:

1. Die Purpura simplex, die nur durch einfache blutunterlaufene Stellen in der Haut gekennzeichnet ist.

2. Die Purpura rheumatica, bei der die Hämorrhagien von Gelenkschmerzen und -schwellungen und oft von Ausbrüchen eines Erythema exsudativum multiforme begleitet sind.

3. Die Purpura haemorrhagica oder der Morbus maculosus Werlhofii, charakterisiert durch Blutungen der Schleimhäute, Schwellungen der Gelenke und konstitutionelle Symptome.

4. Die Henochsche Purpura setzt gewöhnlich mit intensiven Gastrointestinalerscheinungen, Leibschmerzen, Diarrhöen, Erbrechen, neigt gern zu Rückfällen, gleicht aber im übrigen der Purpura haemorrhagica. Bei der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um die Purpura simplex. Sie ist die mildeste Form und nimmt selten einen bösartigen Verlauf. Ungünstiger ist die Prognose bei den anderen Formen. Die mit der Purpara nicht selten einhergehende Epistaxis kann zum Tode führen. Die Prognose der symptomatischen Purpura hängt von der Grundkrankheit ab. Die sogenannte Purpura fulminans verläuft rapide letal.

In therapeutischer Beziehung kommen weniger Arzneien, die, wie Ergotin, Terpentin, Eisen, Kalziumchlorid, nicht viel helfen, als vor allem Bettruhe und strenge Diät in Betracht.

C. Berliner (Aachen).

E. Tonge, Purpura haemorrhagica following sea bathing. (British medical Journal. 1903. S. 15.) Der 5jährige Knabe erkrankte am Abend nach dem ersten Seebade mit Erbrechen, Schmerzen in der Lumbalgegend und Petechien. Am nächsten Tage zeigten sich größere Blutungen an verschiedenen Stellen des Körpers. Die anfangs etwas über 38 Grad betragende Temperatur wurde später normal. Der spärliche Urin enthielt Blut. Leichtes, systolisches Geräusch am Herzen. Therapie: Absolute Ruhe, Milchdiät, Acid. sulfur. Eine Woche später stellten sich Konvulsionen der linken Körperhälfte ein mit Bewußtlosigkeit. Temperatur betrug 40,8, Puls 130, zeitweise aussetzend. Eispackung und Rizinusöl, danach verschwinden Konvulsionen. Die Rekonvaleszenz dauerte 2 Monate an mit verschiedenen Rückfällen und Neigungen zu Blutungen.

Schreiber (Göttingen).

J. Cullen, Purpura haemorrhagica occuring during convalescence from scarlet fever. (British medical Journal. 1903. S. 197.) Der 12jährige Knabe war an Scharlachfieber erkrankt, dessen Verlauf aber vollständig normal war, bis auf eine Adenitis. Am 20. Tage erkrankte er an Röteln. Am nächsten Tage zeigten sich Purpuraflecke an den Extremitäten, gleichzeitig traten Blutungen im Munde ein; an den Unterextremitäten bildeten sich große, mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Blasen aus unter heftigen Schmerzen in den Extremitäten und Anschwellung derselben. Der Knabe starb am 24. Tage der Erkrankung unter Zunahme der Purpura. Bei der Sektion fanden sich auch innere Blutungen.

Schreiber (Göttingen).

Henry G. Mac Adam, Purpura haemorrhagica fulminans. (Medical Record. 22. August 1903.) Bericht über einen Fall von „fulminanter“ Purpura bei einem 5 Jahre alten Mädchen.



Die Affektion setzte mit unbedeutenden Störungen ein. Petechien und Ekchymosen traten bald auf. Es folgten Blutungen aus Nase, Magen, Lungen, Darm, Nieren u. a. m. Der Zustand wurde ein hoffnungsloser.

In dieser Klemme griff Verf. zum Adrenalin und verabreichte 20 Tropfen von der 1:1000 Lösung. Der Erfolg war frappant genug, um die Fortsetzung des Mittels zu rechtfertigen. Zehn Tropfen wurden wieder gegeben. Das Kind kam ins Hospital und erhielt hier Adrenalin in Dosen von 10 Tropfen 3stündlich. Diese Therapie mußte 3 Wochen lang fortgesetzt werden. Dafür genas aber das Kind bis auf eine leichte Anämie.

Verf. gibt sich der Hoffnung hin, ein neues Gebiet für Suprarenalbehandlung erobert zu haben. Leo Jakobi (New York).

O. Rommel, Ein Fall von Henochscher Purpura. (Aus der pädiatr. Univers.-Poliklinik in München.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 33.) Die im Anfang unklare Erkrankung ließ beim weiteren Verlauf durch die Prägnanz der Symptome keinen Zweifel, daß es sich bei dem 3jährigen Knaben um Henochsche Purpura handelte. Für die Infektiosität der Krankheit spricht, daß wenige Wochen nach der Krankheit des Kindes die mit dessen Pflege betraute Mutter an der gleichen Affektion erkrankte.

Die bakteriologische Untersuchung des Blutes fiel negativ aus. Das Herz verhielt sich normal.

Die Therapie, ausschließlich symptomatisch, erschien ziemlich machtlos. Am besten wirkten noch die Opiate. Sekale, Atropin ohne sichtlichen Effekt. Grätzer.

J. Hallé et **J. Jolly**, Sur une forme d'anémie infantile. (Un cas de chlorose du jeune âge.) (Archives de médecine des enf. Novembre 1903.) Die Verf. hatten Gelegenheit ein Kind zu beobachten, bei welchem die Blutuntersuchung das charakteristische Bild der Chlorose ergab. Ein entsprechender Anämietypus wurde bis heute bei Kindern im ersten Lebensalter noch nicht beschrieben. Es handelte sich um einen $2^1/_2$jährigen Pat., welcher fast seit seiner Geburt an Diarrhöe gelitten hatte. Ein Wechseln der bis dahin benützten Milchdiät in vegetabile Kost, besserte den Zustand erheblich, doch hatte dieselbe gar keinen Einfluß auf die auffallende, grünliche Blässe des Kindes. Die vorgenommene Blutuntersuchung zeigte eine fast normale Anzahl der roten Blutkörperchen (4690000) und eine erhebliche Verminderung des Hämoglobingehaltes, indem derselbe auf dem Hämochronometer von Malassez nur 5,5 $^0/_0$ betrug, während die normale Zahl 14 $^0/_0$ ist. Es wurden des weiteren gefunden: Leukozyten 12200, darunter Lymphozyten 69 $^0/_0$, große Mononukleare 4 $^0/_0$, Polynukleare 22 $^0/_0$, eosinophile Zellen 5 $^0/_0$. Interessant war der bedeutende Einfluß, den in weiterer Folge die eingeleitete Eisentherapie sowohl auf die Hautfarbe und den allgemeinen Habitus, als auch auf den Blutbefund ausübte. Nach einigen Monaten betrug die Zahl der roten Blutkörperchen 4950000, diejenige des Hämoglobins 9 $^0/_0$, die Zahl der Leukozyten 6200, darunter Lymphozyten 51 $^0/_0$, Mononukleare 6,5 $^0/_0$, Polynukleare 38 $^0/_0$, eosinophile Zellen 4,5 $^0/_0$. Sowie

das Eisen ausgesetzt wurde, kehrte der frühere Zustand zurück. Endlich, nach einjährigem Fortsetzen dieser Therapie, wurden normale Verhältnisse erzielt. Der Hämoglobingehalt war auf 12,5 % gestiegen, die Zahl der Leukozyten betrug 6000. E. Toff (Braila).

B. Bendix, Zur Kasuistik des Botriocephalus latus im Kindesalter. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1904. No. 1.) Botriocephalus latus kommt bei Kindern außerordentlich selten vor, in Berlin auch bei Erwachsenen nur vereinzelt. B. beobachtete nun diese Tänie bei einem $4^{1}/_{2}$ jährigen Mädchen aus Berlin. Dasselbe wurde von der Mutter gebracht, zugleich mit einem 1 m langen Stück einer Tänie, das tags zuvor abgegangen war; dies Stück bildete ein zusammenhängendes Ganze, eine Gliederkette, deren Glieder sich fest aneinanderschlossen. Es handelte sich, wie die nähere Untersuchung zeigte, um Botriocephalus latus. Das Kind bot außer mächtiger Anämie nichts Krankhaftes dar, ist auch bisher stets gesund gewesen; nur im Anschluß an den Abgang des Wurmes hat sich jetzt Durchfall und Erbrechen eingestellt. Diese Symptome hielten noch 5 Tage an, in welcher Zeit nichts mehr von dem Wurm abging. B. gab nunmehr 6 g Extr. filic. mar. („Tritol" Helfenberg). Durchfall und Erbrechen sistierten ganz, Appetit stellte sich wieder ein, aber vom Wurm zeigte sich nichts. 14 Tage war dann das Kind durchaus wohl. Darauf gab B. noch einmal die gleiche Dosis des Bandwurmmittels, aber ebenso erfolglos. Auf Grund auch der weiteren Beobachtung kann B. nur annehmen, daß mit dem 1 m langen Stück der Rest des ganzen Wurmes abgegangen war, der Kopf aber unbeobachtet mit den folgenden Entleerungen eliminiert wurde. Vielleicht war auch der ganze Parasit nur 1 m lang, vielleicht wird er bei Kindern gar nicht so lang, wie bei Erwachsenen, wo er ja gewöhnlich 6—7 m Länge hat.

Auf welche Weise das Kind den Wurm akquierte, ließ sich nicht feststellen; es hatte Berlin nie verlassen, aber öfters Fische, auch Lachs, zu essen bekommen. Blutuntersuchungen ergaben nur leichte Anämie; schwere Schädigungen hatte hier also der Parasit nicht bewirkt. Jedenfalls aber wird man auch im Kindesalter gut daran tun, bei Anämie und ähnlichen Zuständen denselben als Gelegenheitsursache nicht außer Betracht zu lassen. Grätzer.

O. Köhl (Naila), Taenia cucumerina bei einem 6 Wochen alten Kinde. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 4.) Erster Abgang von Gliedern am 40. Lebenstage und dann jeden 2.—3. Tag. Die Glieder waren in frischem Zustande schwach rosarot, in älterem weißlichgrau. Unter dem Mikroskop bei schwacher Vergrößerung fielen hauptsächlich die reichlichen kleinen gelben Körnchen auf, die sich bei stärkerer als Kokons, Zusammenlagerungen einer Anzahl von Eiern, entpuppten. Da ein Hund nicht gehalten wurde, mußte die Hauskatze als Infektionsquelle angesehen werden, von der jedenfalls beim Besuche des Milchtopfes ein Parasit in die Milch gelangte. Da die Mutter das Kind 17 Tage stillte und bereits am 40. Tage Glieder abgingen, kann die Zeit, welche die Tänie bis zur Entwickelung reifer Glieder brauchte, höchstens 3 Wochen betragen. Das

Kind bekam 2mal je 5 Pulver à 1 g Kamala im Laufe je eines Tages, aber ohne Erfolg; erst als nochmals 1 g zusammen mit 0,015 Kalomel gegeben wurde, ging die Tänie ab, in ihrer ganzen Struktur schon so verändert, daß man annehmen mußte, sie sei schon durch das Kamala abgetötet worden, aber, da ein abführendes Mittel fehlte, im Darm liegen geblieben und hier durch die Verdauungssäfte verändert worden.

Grätzer.

G. Sonnenschein (Olmütz), Taenia cucumerina s. elliptica bei einem 6 Monate alten Kinde. (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 52.) Bei dem bisher nur mit Kuhmilch ernährten Kinde waren Glieder abgegangen. Der Wunsch des Vaters, sowie die Möglichkeit, daß später doch mal Störungen eintreten könnten, veranlaßte S., die Abtreibungskur vorzunehmen, nachdem zunächst, um neuerliche Ansteckung zu verhindern, der Stubenhund weggeschafft worden war.

Abends vorher ließ S. dem Kinde in 3stündlichen Pausen 2mal je 1 Klystier von Aq. font. 250,0, Aq. laxat. Viennense 50 g applizieren und als Nahrung nur mit einer schwachen Teeabkochung sehr stark verdünnte Milch reichen. Als Medikament wurde mit dem Magenschlauch eingegossen ein kaltes Infus von Cort. punic. Granat.

Rp. Cort. punic. Granat. 30,0
Aq. dest. 200,0
Mac. per hor. 48, deinde decanta.

Da das Kind trotzdem nach 10 Minuten mehr als die Hälfte davon erbrach, wurde noch 1 g Extr. filic. mar. (Merck) mit Himbeersirup langsam innerhalb $^1/_4$ Stunde verabfolgt. Nach $1\,^1/_2$ Stunden wurde ein mit Aq. laxat. Viennense versetztes Wasserklystier appliziert, worauf nach 2 Stunden ausgiebiger Stuhl erfolgte, in welchem sich 4 Tänien mit Kopf befanden. Das Kind blieb wohl und dauernd von Würmern befreit.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Kgl. Verein der Ärzte zu Budapest.

Sitzung vom 16. Januar 1904.

v. Torday. **Über prophylaktische Diphtherieschutzimpfung.**

Die therapeutische Anwendung des Serums ist in Ungarn Allgemeingut aller Ärzte, weniger intensiv wird das Heilserum prophylaktisch angewendet. Torday glaubt im Kreise der Familie, der Schule und des Hospitals (Hausinfektionen) viel Gutes durch prophylaktische Impfungen zu erzielen. Der Bezirksarzt möge die ärztlicherseits Angemeldeten einimpfen. v. Bókay und v. Szontágh teilen die Meinung Tordays.

Sitzung vom 30. Januar 1904.

Gyula Eröss. **Die Diphtheriemortalität in den größeren Städten Ungarns in Beziehung zur Serumtherapie.**

Auf den Zeitraum 1878—1901 stellt Vortragender die Morbiditäts- und Mortalitätskurven für 35 Städte zusammen. Während dieser Zeit sind zwei große Diphtherieepidemien abgeklungen, der Anfang der Serumtherapie fällt schon in den absteigenden Teil der zweiten Kurve.

J. v. Bókay bemerkt, daß die Daten Eröss' Wasser auf die Mühle von Gottstein und Kassowitz sein könnten, wenn man den Morbiditätsanstieg der Diphtherie in Budapest vom Jahre 1901 bis zu dem heutigen Tage außer acht läßt, die mit der Mortalitätskurve verglichen unbedingt den schlagenden Erfolg des Serums dokumentiert.

S. v. Gerlóczy exponiert sich ebenfalls für die Serumtherapie, indem er die Besserung in den mit Serum behandelten operierten Fällen betont.

László Detre hält es für unrichtig, ungleich gesammelte und nicht gleichwertige Daten zur Beurteilung einer so wichtigen Frage heranzuziehen. Er ist eifriger Anhänger der Serotherapie.

Sitzung vom 6. Februar 1904.

Gábor Massanek. **Säuglingsernährung mit Buttermilch.**

Auf Grund von an 79 Säuglingen angestellten Versuchen empfiehlt Massanek Buttermilch zur Ernährung gesunder und kranker Säuglinge. Er gab es mit Mehl und Zucker vermengt, allein, mit Muttermilch alternierend, einigemal auch mit Malzsuppe und sah schöne Gewichtszunahmen. Die Billigkeit der Buttermilch sichert ihr eine gewisse Superiorität über die anderen künstlichen Ernährungsarten.

Ernö Deutsch, der als leitender Arzt der budapester Gratismilchanstalt seit 1. Juli 1902 bei 1172 Säuglingen mit den verschiedensten künstlichen Ernährungsformen Versuche angestellt hat, resümiert in folgenden Punkten seine Erfahrungen: 1. Die künstliche Nahrung muß logisch dem Ideal — der Muttermilch — chemisch nahestehen. 2. Die Gewinnung und Verarbeitung der Milch sei aseptisch. 3. Die Verabreichung geschehe in gehörigem Zeitraume und entsprechendem Quantum. 4. Das Nährmittel soll eine ständige und gehörige Gewichtszunahme sichern. — Was die Buttermilch anbelangt, entspricht sie weder Punkt 1 noch 2. Die eifrigsten Buttermilchanhänger sprechen sich mit einer gewissen Reserve Punkt 4 betreffend aus. Interessant ist die Wandlung der medizinischen Anschauungen, gestern noch die Ära der Fettmilch und heute das krasse Gegenteil, die Buttermilch. Deutsch macht auf die interessanten Versuche der „deutschen Nährmittelwerke in Berlin" aufmerksam, die darauf hinarbeiten, eine Buttermilchkonserve zu fabrizieren.

Félix v. Szontágh weist auf Grund eingehender Stoffwechselversuche und Milchanalysen auf die Wichtigkeit des Unterschiedes des menschlichen und tierischen Kaseins hin. Das Buttermilchkasein ist sehr fein verteilt, daher leichter verdaulich wie das gewöhnliche Milchkasein.

Miklos Berend: Interessant ist, daß im Gegensatz mit der alkalischen Malzsuppe jetzt die saure Buttermilch in den Vordergrund getreten ist. Die Erfolge sind vielleicht bakteriologisch zu erklären, indem man durch Buttermilchdarreichung den Nährboden ändert. Ernö Deutsch (Budapest).

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 7.)

Sitzung vom 14. Januar 1904.

Dr. Siegfried Weiß demonstriert ein $4^1/_2$ Monate altes Mädchen, bei dem er die Diagnose der Barlowschen Krankheit stellt, welches er vor fünf Tagen zuerst untersucht hat.

Prof. Dr. Kassowitz: Ich bin geneigt, mich der Diagnose Barlow anzuschließen. Die große, derbe Geschwulst in der Wange machte mich zwar im ersten Augenblicke stutzig, aber die periorbitale Suffusion erinnert mich an einen der wenigen von mir beobachteten Fälle und kehrt auch in der Literatur sehr häufig bei der Schilderung dieser Krankheit wieder. Auch die floride Rachitis — in diesem Falle eine ziemlich erhebliche Kraniotabes — hat der Fall mit allen von mir beobachteten Fällen gemein und auch in der Literatur wird fast immer das Vorhandensein von Rachitis konstatiert. Bezüglich der Ätiologie dieser Affektion möchte ich bemerken, daß die allgemeine Annahme, nach welcher die Ernährung der Kinder und zwar speziell die künstliche Ernährung mit Nährpräparaten oder mit zu lange sterilisierter Milch, beschuldigt wird, mit der außerordentlichen Seltenheit der Krankheit in Wien und, wie es scheint, in Österreich überhaupt nicht in Übereinstimmung gebracht werden kann. In dieser Beziehung ist es gewiß bemerkenswert, daß es uns bei einem ambulatorischen



Material von über 20000 Kindern jährlich trotz der größten Aufmerksamkeit von Seite der ordinierenden Ärzte nicht gelungen ist, einen Fall dieser Krankheit in der öffentlichen Ambulanz ausfindig zu machen und die wenigen (5) Fälle, die ich selbst im Laufe von zehn Jahren gesehen habe, rekrutierten sich ausschließlich aus meiner privaten Sprechstunde. Freilich waren alle diese Kinder künstlich genährt worden, aber wenn man bedenkt, wie außerordentlich verbreitet die künstliche Ernährung und speziell die Verwendung von nach Soxhlet sterilisierter Milch hier in Wien ist, so könnte man diese große Seltenheit der Erkrankung unmöglich begreifen, wenn wirklich ein enger Kausalnexus mit dieser Art der Ernährung bestünde. Diese Bedenken werden dadurch nicht behoben, daß man in vielen Fällen einen guten Erfolg von einem Wechsel der Nahrung gesehen hat. Meine Fälle sind unter Freiluftbehandlung und antirachitischer Therapie ohne Änderung der Ernährung ziemlich rasch zur Heilung gelangt. Trotzdem denke ich nicht daran, daß sich etwa die Krankheit auf der Basis der Rachitis entwickelt, weil auch dagegen der Kontrast zwischen der enormen Häufigkeit der Rachitis und der großen Rarität dieser Erkrankungsform hier zu Lande angebracht werden müßte. Tatsache ist nur, daß die Krankheit ausschließlich in dem Alter auftritt, wo Rachitis in Blüte zu stehen pflegt und daß in den meisten Fällen Symptome von florider Rachitis beobachtet worden sind.

Dr. Rud. Neurath: Ich möchte mir an den Herrn Vortragenden die Frage erlauben, ob bei den vorgenommenen Punktionen die Nadel auf rauhen Knochen gestoßen ist; denn nur dann könnten die Extravasate als subperiostal angesprochen werden. Mir scheinen im vorgestellten Falle die Verschieblichkeit der Wangengeschwulst und der Sitz der Extravasate der unteren Extremitäten in den Weichteilen gegen M. Barlowi zu sprechen, denn wir haben eigentlich das Kriterium der Krankheit, die subperiostalen Blutungen, nicht sicher vor uns. Die vorhandenen Symptome lassen vielmehr den Fall eher als Purpura ansprechen. Wenn der Herr Vortragende ex juvantibus, durch Wirksamkeit der verordneten diätetischen Maßnahmen eine Sicherung seiner Diagnose erhofft, so möchte ich auf die in der Regel zu beobachtende Spontanheilung der Purpura hinweisen und vor einem „post hoc, ergo propter hoc“ warnen. Der Ansicht des Herrn Prof. Kassowitz über die Ätiologie des M. Barlowi schließe ich mich ganz an.

Prof. Escherich macht bezüglich der Diagnose der Barlowschen Krankheit einige Vorbehalte. Jedenfalls entspricht das Bild des Kindes durchaus nicht dem Typus dieser Krankheit, der durch schmerzhafte Anschwellungen an den Knochen der unteren Extremitäten, subperiostale Blutungen an den Röhrenknochen und hochgradige Anämie charakterisiert ist. In dem gegebenen Falle kommt es darauf an, ob die Blutung in der Wange wirklich subperiostalen Ursprunges ist und nicht etwa eine Hämorrhagie aus einem tiefliegenden Angiom oder infolge eines Traumas. Daß eine hämorrhagische Diathese besteht, ist ja zweifellos; aber als das Charakteristische der Barlowschen Krankheit muß die subperiostale Lokalisation der Blutung betrachtet werden.

Primarius Dozent Dr. Knoepfelmacher: Der vorgestellte Fall erinnert mich an ein kürzlich beobachtetes Kind von zirka zehn Monaten, bei welchem in den Weichteilen einer Wange eine Hämorrhagie zu beobachten war, welche aber nichts mit dem Periost zu tun hatte. In der Annahme einer Abszedierung wurde im Spitale eine Inzision gemacht, das Gewebe dabei auch histologisch untersucht, es erwies sich als hämorrhagisch-serös durchtränkt, von sonst normalem Bau. Einige Wochen nach Abheilung der Hämorrhagie trat eine ebensolche an der anderen Wange auf. Ich glaube nicht, daß man berechtigt ist, solche Fälle der Barlowschen Krankheit zuzuzählen; auch im eben vorgestellten Falle sieht man an der Wange bloß eine Weichteilblutung, welche bis in die obersten Hautschichten reicht. Es müßte doch erst der Nachweis einer darunter liegenden subperiostalen Blutung erbracht werden. Ich erinnere übrigens hier daran, daß ich in einem in der Gesellschaft der Ärzte demonstrierten Falle einen positiven Röntgenbefund, der demnächst veröffentlicht wird, zu verzeichnen habe.

(Wiener med. Presse. 1904. No. 5.)

I. Außerordentliche Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 21. Januar 1904.

Th. Escherich demonstriert einen Fall von Chorea mollis. Der vierjährige Knabe erkrankte 14 Tage vor Aufnahme ins Spital bei sonstigem Wohl-



befinden unter dem Bilde einer an den unteren Extremitäten beginnenden und dann auf fast die gesamte willkürliche Körpermuskulatur sich ausdehnenden schlaffen Lähmung mit Sprachstörung. Die inneren und äußeren Augenmuskeln waren normal. Bei der Aufnahme lag das Kind gelähmt und regungslos im Bette, nur hie und da waren leichte Zuckungen an den kleinen Gelenken bemerkbar; es machten sich jedoch sofort deutliche choreatische Erscheinungen geltend, wenn man vom Kinde intendierte Bewegungen verlangte. Gegenwärtig, nach 3 Wochen, ist das Bild nicht mehr so deutlich.

Das seltene Krankheitsbild der Chorea mollis ist in seiner Form charakterisiert durch das Vorausgehen einer schlaffen Lähmung der Entwicklung der eigentlichen Chorea. Der Verlauf ist dem der rheumatischen Chorea analog. Arsenbehandlung hatte bisher keinen entscheidenden Erfolg.

C. Hochsinger hat einen Fall von Chorea paralytica beobachtet, in dem ein psychisches Trauma als Ätiologie verantwortlich gemacht werden mußte.

R. Neurath sah in einem Falle von Chorea zuerst schlaffe Lähmung und dann plötzlichen Exitus eintreten, er möchte daher die Prognose dieser Form etwas schlechter stellen. An der ätiologischen Verwertbarkeit des psychischen Traumas zweifelt er.

J. Zappert hat 2 Kinder beobachtet, die wiederholt zur selben Zeit in einem der früheren Jahre an Chorea bezw. Rheumatismus gelitten hatten, in eine vorübergehende psychische Verstimmung verfielen, ohne daß es zur Ausbildung choreatischer Erscheinungen kam (Chorea sine agitatione).

J. Eisenschitz macht auf die das Thema erschöpfend behandelnde Publikation von Rindfleisch im XXIII. Band der „Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde“ aufmerksam.

C. Hochsinger demonstriert ein vierwöchentliches Kind mit Erscheinungen hereditärer Lues in Form einer diffusen Infiltration der Haut an verschiedenen Körperstellen (Fußsohle, Handteller, Lippenrot) ohne solitäre Effloreszenzen. Im Bereiche beider Fersenhöcker ist an der infiltrierten Haut Drucknekrose eingetreten. Das Kind zeigt an den Extremitäten Flexionshypertonie (Trousseausches Faustphänomen).

Derselbe demonstriert ferner ein zweijähriges Kind mit Trommelschlägelfingern als Folge eines chronisch verlaufenden Lungenprozesses, ohne angeborenes Vitium.

Fr. Hamburger: **Biologisches zur Säuglingsernährung.**

Wir sind imstande, durch verschiedene Prozeduren die Kuhmilch in ihrer prozentuellen Zusammensetzung und Bakterienfreiheit der Frauenmilch vollkommen gleich, aber doch für die Säuglingsernährung nicht gleichwertig zu machen. Schon früher hat man gewußt, daß beide Milcharten spezifische Fermente besitzen und daß es nicht gelingt, in der Kuhmilch die für die Frauenmilch charakteristischen Fermente künstlich hervorzubringen. Der Säugling hat ferner, wie Hübner durch Stoffwechseluntersuchungen nachgewiesen hat, bei der Assimilation der Kuhmilch eine größere Arbeit zu leisten als bei der Assimilation von Frauenmilch.

Ein wesentlicher Fortschritt in der Erkenntnis des Unterschiedes zwischen Kuh- und Frauenmilch liegt in der „biologischen Reaktion“. Injiziert man einem Tiere (Kaninchen) Kuh- oder Frauenmilch, so bekommt dessen Serum (Laktoserum) die Eigenschaft nur in der zur Injektion verwendeten Milchart das Kasein zu fällen. Das Kasein der Kuh- und Frauenmilch müssen also biologisch voneinander verschieden sein. Das Kuhmilchlaktoserum fällt aber nicht nur das Kasein der Kuhmilch, es vermag auch die Blutkörperchen des Rindes zu agglutinieren und aufzulösen, dessen Spermatozoen und Flimmerepithelien zu immobilisieren (Gesetz von der Arteinheit). Bei der Ernährung des Säuglings mit Frauenmilch wird nur artgleiches, bei der künstlichen Ernährung mit Kuhmilch artfremdes Eiweiß verabreicht. Letzteres schädigt die menschlichen Verdauungszellen ebenso wie die menschlichen Körperzellen bei intravenöser Injektion. Beim Erwachsenen ist die intrastomachale Aufnahmeart fremden Eiweißes unschädlich, aber der Säugling ist entwicklungsgeschichtlich für die Aufnahme von artfremdem Eiweiß nicht eingerichtet, es wirkt auf dessen Verdauungszellen als schädlicher Reiz. Experimentell ist z. B. nachgewiesen, daß bei Brustkindern eine einmalige Ver-



abreichung von Kuhmilch Hyperleukozytose hervorruft. Antikörper im Blute des Säuglings treten jedoch dabei nicht auf, offenbar weil die spezifischen Molekülkomplexe durch die Verdauungssäfte vor Aufnahme ins Blut vernichtet werden.

(Wiener med. Presse. 1904. No. 7.)

Sitzung vom 4. Februar 1904.

Th. Escherich eröffnet die erste gemeinsame Sitzung der vereinigten Gesellschaft für innere Medizin und der Sektion für Kinderheilkunde mit einer feierlichen Ansprache, in welcher er die Entwicklung der Pädiatrie in Wien schildert und den Nutzen, den der Austausch der klinischen Erfahrungen am Erwachsenen und am in Entwicklung begriffenen Organismus des Kindes gewährt, hervorhebt.

E. Moro beschreibt Versuche über die Verwertbarkeit des Behringschen Milchkonservierungsverfahrens mittels Formalinzusatz.

Bei den Behringschen Versuchen handelt es sich zunächst darum, Tuberkuloseimmunmilch haltbar zu machen, d. h. sie durch längere Zeit vor der Entwicklung von Bakterien und deren Toxinen zu schützen, ohne daß durch das Konservierungsverfahren die spezifischen Immunkörper beeinträchtigt oder Geschmack und Geruch verändert werden. Diese Bedingungen werden durch Zusatz von Formalin zur Milch erfüllt. Es hat sich gezeigt, daß selbst ein 2 ‰iger Zusatz von Formalin unschädlich ist, daß aber der so konservierten Milch der widerliche Formalingeruch anhaftet. Letzterer Übelstand entfällt vollkommen bei Zusatz von 0,1 ‰igem Formalin, der zur Konservierung vollkommen hinreicht. In den herumgereichten Proben war die mit Formalin konservierte Milch nach 6 Tagen bei Aufbewahrung im Dunkeln bei Zimmertemperatur ungeronnen, nicht sauer, von natürlichem Geschmack und Geruch, während die Kontrollmilch fest geronnen war. Es wird sich nun in der Praxis zeigen müssen, ob die langdauernde Aufnahme kleiner Formalinmengen den kindlichen Organismus, namentlich die Nieren, nicht schädigt. Jedenfalls bedeutet diese Konservierungsmethode einen Wendepunkt in der künstlichen Säuglingsernährung und in der Milchhygiene überhaupt, denn sie erhöht „die Chancen eines natürlichen Modus der unnatürlichen Kinderernährung, derjenigen mit genuiner Rohmilch“. Behring und seine Schüler wollen auch gefunden haben, daß die Fermente der Rohmilch bakterizid auf die Darmbakterien, und namentlich das Bact. coli commune wirken, gegen welche der wehrlose Darm des Kindes eines besonderen Schutzes bedürfe. Diese Lehre steht im Widerspruche mit den bisherigen Erfahrungen, nach denen der Darm des Kindes der Unterstützung seiner normalen Bakterienflora bei der Verdauungsarbeit bedarf.

D. Galatti demonstriert ein neugeborenes Kind mit multiplen Defekten der Muskulatur der oberen und unteren Extremität und des Schultergürtels. Das Kind ist eine Frühgeburt im neunten Lunarmonate. Die 43jährige Mutter hatte bis jetzt 4 normale Geburten, 3 Abortus, 1 Frühgeburt und 1 Mole.

R. Königstein demonstriert einen Fall von Haematoma septi narium abscedens bei einem Knaben, im Anschluß an ein Trauma und Nasenbluten entstanden. Bei der Rhinoscopia anterior sieht man beiderseits je einen, dem Septum cartilagineum aufsitzenden, die vordere Nasenhöhle ausfüllenden Tumor, der bei Inzision stark blutet. Histologisch zeigt der Tumor die Schleimhaut, besonders die Drüsen hypertrophiert, das Bindegewebe ziemlich verbreitert, in das Bindegewebe zahlreiche Knorpelinseln eingelagert, reichliche Entwicklung erweiterter Blutgefäße, deren Berstung zur Entstehung des Hämatoma Veranlassung gab. In einem ähnlichen Falle sah Vortragender nach radikaler Exstirpation Heilung.

W. Roth bemerkt, daß die Affektion keine seltene rhinologische Affektion ist. Charakteristisch ist das doppelseitige Aufbrechen und das häufige Kommunizieren der beiderseitigen Hämatome bezw. der durch sekundäre Infektion aus ihnen entstehenden Abszesse durch, wie man annimmt, vorgebildete Canaliculi. Zur Therapie reichen daher häufig eine einseitige ausgiebige Schlitzung und Jodoformgazetamponade aus. In Fällen, in denen durch Reizung des Perichondriums Knorpelbildung im Hämatom aufgetreten ist, ist radikale Entfernung angezeigt.

L. Jehle: **Über Ruhr und ruhrähnliche Erkrankungen im Kindesalter.**

Ätiologisch kann diese durchaus nicht einheitliche Erkrankung durch eine

der Spielarten des Dysenteriebazillus (Shiga-, Kruse- und Flexner-Stamm) bewirkt werden, welche sich gegen Immunserum verschieden verhalten. Einen Unterschied zwischen echten und Pseudodysenteriebazillen aufzustellen, ist daher unzulässig. Morphologisch dem Dysenteriebazillus nahestehende Stämme finden sich auch bei einfacher Diarrhöe und bei normalen Stühlen. Die Agglutination des Blutes Dysenteriekranker kann sich auf einen der Dysenteriebazillenstämme beschränken, z. B. auf seinen eigenen Stamm; daher ist bei Dysenterie die spezifische Agglutination nicht mit einem beliebigen Stamme zu prüfen, wie etwa beim Typhusbazillus. Die Infektion kann, wie L. Jehle an sich selbst erfahren hat, mit mehreren Stämmen gleichzeitig erfolgen.

(Wiener med. Presse. 1904. No. 8.)

Sitzung vom 11. Februar 1904.

C. Sternberg demonstriert das pathologisch-anatomische Präparat eines Falles von Lungenaktinomykose. Pat. wurde wegen einer Geschwulst am Rücken, die 4 Wochen vorher entstanden sein soll, ins Spital aufgenommen. Diese Geschwulst wurde zunächst als kalter Abszeß angesehen, da Pat. phthisisch aussah und angab, seit mehreren Jahren leicht zu husten. Bei der Inzision wurden jedoch im Eiter der Geschwulst Aktinomyzesdrüsen gefunden, ebenso im Auswurfe. Bei der Autopsie fand sich namentlich an der linken Lunge eine hochgradige Induration, das Gewebe daselbst fast gleichmäßig von charakteristischen Aktinomyzesdrüsen durchsetzt; vereinzelte Kavernen, hochgradige pleuritische Schwartenbildung, ein in der Höhe des fünften Interkostalraumes beginnender Fistelgang, der zur Geschwulst am Rücken führte, keine Spur von Tuberkulose. An der rechten Lunge und Pleura fanden sich bloß Veränderungen in einem Teile des Unterlappens.

L. v. Schrötter fragt, ob sich der Infektionsmodus eruieren ließ.

C. Sternberg verneint dies; in den Bronchien wurden nirgends Grannen oder Spelzen gefunden.

H. Nothnagel fragt, ob nicht die Annahme möglich sei, daß die Aktinomykose erst sekundär zur Induration der Lunge hinzugetreten ist.

C. Sternberg meint, daß diese Annahme mit dem Befunde der gleichmäßigen Verteilung der Aktinomyzesdrüsen im schwielig indurierten Gewebe schwer vereinbar sei.

S. Jellinek demonstriert Sphygmo- und Kardiogramme (aufgenommen mit Knolls Pantographen) eines Falles von Hemisystolia cordis, einen 24jährigen Mann betreffend, mit Erscheinungen einer Decompensatio cordis, Insuffizienz und Stenose der Mitralis mit sekundärer Trikuspidalinsuffizienz. Bei der Untersuchung am 16. Januar hatte Pat. 36—40 Arterienpulse und 72—80 Herzstöße. An der V. jugularis fand sich ein zweiteiliger, positiver, mit dem einen der zwei Herzstöße isochroner Venenpuls. Die Erscheinung hat einige Tage angehalten.

L. v. Schrötter bemerkt, schon Skoda habe mit Bestimmtheit gezeigt, daß in Fällen, in denen ein positiver Venenpuls deutlich hervortritt, die Kontraktion der Ventrikel nicht gleichzeitig erfolge und die Kontraktionszahl beider Ventrikel ungleich sei.

K. Reitter jun. stellt einen Fall von akuter lymphoider Leukämie vor. Bei dem 12jährigen, bisher stets gesunden Pat. traten vor 4 Wochen Hämorrhagien in der Haut, Zahnfleischblutungen, allgemeine Drüsenschwellung und Fieber auf. Die Blutuntersuchung sicherte die Diagnose.

K. Rudinger demonstriert 2 Fälle von Intentionszittern bei chronischer Quecksilbervergiftung. Beide betreffen Hutmacher, die seit 30—40 Jahren mit quecksilberhaltiger Beize arbeiten. Bei intendierten Bewegungen der Hände entsteht ein grobschlägiger, oszillatorischer Tremor, der in der Ruhe verschwindet. Das entgegengesetzte Verhalten zeigt ein zum Vergleiche demonstrierter Fall von halbseitiger Paralysis agitans.

Fr. Vollbracht demonstriert einen Fall von schwerer Dysenterie, die nach protrahiertem Verlauf (seit Mitte August 1903) zur Heilung gekommen ist. Kompliziert wurde die Affektion durch das Auftreten von Blepharitis, Konjunktivitis und Iritis. Als Erreger wurde in diesem Falle ein Bazillus gefunden, der morphologisch, kulturell und biochemisch (Agglutination) mit dem Bac. dysenteriae Kruse übereinstimmt.

J. Mannaberg teilt mit, daß sich ihm in 2 Fällen das Ruhrserum Kruses vorzüglich bewährt habe.

I. Leiner: **Über epidemische Dysenterie, speziell im Kindesalter.**

Vortragender referiert über die Ergebnisse seiner Untersuchungen an einer Reihe von Dysenteriefällen aus dem Karolinenkinderspitale. Dieselben betreffen zwei familiäre Erkrankungen (3 bezw. 2 Kinder und eine Mutter) und eine vereinzelte Erkrankung eines 2jährigen Kindes. Von diesen sind 5 Fälle genesen, 2, welche den Übergang in die typhöse Form der Dysenterie aufwiesen, starben nach 11 Tagen, bezw. 5 Wochen. Ein lokaler Zusammenhang zwischen den Erkrankungsherden konnte nicht nachgewiesen werden. Als Erreger wurde in diesen Fällen der Flexner-Stamm des Bact. dysenteriae konstatiert. Vortragender zieht aus seinen Untersuchungen folgende allgemeine Schlüsse: Die Dysenterie ist keine ätiologisch einheitliche Infektion, sondern hat das eine Mal den Shiga-Kruse-, das andere Mal den Flexner-Stamm des Dysenteriebazillus als Erreger. Ob auch andere Bakterien imstande sind, Dysenterie zu erregen, ist nicht bewiesen. Diese Feststellungen haben nicht nur diagnostischen, sondern auch therapeutischen Wert. Besonders Shiga hat die Serumbehandlung der Dysenterie mit Erfolg durchgeführt. Weitere Untersuchungen werden zeigen müssen, ob das Serum von Shiga-Kruse auch bei Flexner-Infektionen wirksam ist, oder, was wahrscheinlicher ist, letztere eine Spezifizität gegen die anderen Stämme besitzt.

Th. Escherich weist darauf hin, daß die bakteriologischen Untersuchungen der Dysenterie der letzten Zeit von außerordentlicher klinischer Bedeutung für die Erkenntnis der ätiologischen Identität der sporadischen und endemischen Form der Dysenterie sind, zu welcher wohl auch die Fälle von sog. Enteritis follicularis Widerhofer zu rechnen sind.

Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Nach der Münchner med. Wochenschr.)

Sitzung vom 3. Dezember 1903.

Schreiber demonstriert zunächst den von Herrn Baurat Wingen erfundenen und neuerdings verbesserten Helligkeitsprüfer, welcher dem Vortragenden bei seinen Schuluntersuchungen die besten Dienste geleistet hat, und empfiehlt die Anschaffung des Apparats sämtlichen Schul- und Hausärzten. Der von Fritz Timm, Berlin NW., Schiffbauerdamm 13, für 30 Mk. angefertigte Wingensche Helligkeitsprüfer gestattet, ohne die Flammenhöhe zu ändern, in einfachster Weise eine Bestimmung der Helligkeit jedes Arbeitsplatzes zwischen 5 und 50 Meterkerzen, was für die Praxis vollkommen genügt. Die Handhabung des Apparates ist eine so leicht verständliche, daß jeder Laie nach kurzer Instruktion sofort damit umzugehen versteht. Die Modifikation, daß das im Kasten befindliche Papier durch eine Hebeldrehung eine abgestufte Belichtung erfährt, die an einer an der Außenseite des Kastens angebrachten Skala abzulesen ist, verschafft dem verbesserten Wingenschen Helligkeitsprüfer eine größere Manövrierfähigkeit gegenüber dem früheren Modell.

Sitzung vom 14. Januar 1904.

Kluge: **Über die Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.**

Angeregt durch zwei von Prof. Tjaden-Bremen und Prof. Leubuscher-Meiningen auf der Deutschen Medizinalbeamtenversammlung zu Leipzig gehaltene Referate über das gleiche Thema gibt Vortragender unter bezug auf die in den genannten Referaten niedergelegten Forschungen und auf Grund der eigenen im Amt gesammelten praktischen Erfahrungen zunächst eine Übersicht über die Verbreitungswege der speziell als Schulseuchen anzusprechenden ansteckenden Krankheiten. Zu diesen sind vor allem zu rechnen: Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, demnächst ansteckende Augenkrankheiten, Tuberkulose, Unterleibs-

typhus, eventuell auch epidemische Genickstarre, endlich — wenn auch als harmlos von geringerer Bedeutung — Mumps, Röteln, Windpocken und parasitäre Hautkrankheiten.

Drei Wege der Verbreitung kommen in Betracht: 1. Direkte Übertragung durch kranke Kinder (bezw. auch Lehrer) auf gesunde, 2. indirekte Übertragung durch Zwischenträger, welche selbst nicht erkranken, 3. Übertragung durch Aufenthalt in dem infizierten Schulgebäude (Staub, verseuchtes Trinkwasser bezw. verseuchte Aborte). Von diesen Wegen ist der gewöhnlichste und deshalb wichtigste der der direkten Übertragung, der seltenste und am wenigsten gefährliche der durch Zwischenträger, der dritte durch Staub, Trinkwasser, Aborte verdient sorgsamere Beachtung, als ihm bisher im allgemeinen zuteil geworden ist.

Demgemäß spielt bei der Verhütung der Übertragung die Fernhaltung des erkrankten Kindes (Lehrers) die Hauptrolle, und zwar im Prodromalstadium, wie auf der Höhe der Erkrankung (bei leichtem Verlauf der Epidemie bezw. Erkrankung von Wichtigkeit) und besonders in der Rekonvaleszenz, da hier die anscheinend völlig Genesenen noch vollvirulente Bazillen beherbergen und auf andere übertragen können. Für Diphtherie hat Tjaden an einer großen Zahl von Fällen die lange Konstanz virulenter Bazillen sicher nachgewiesen. Für Scharlach, Masern, Keuchhusten, deren Erreger nicht bekannt sind, müssen genügende Karenzzeiten festgesetzt werden, deren Abkürzung nur auf ärztliches Attest hin statthaft ist. Zur Durchführung der Fernhaltung ist die Mitwirkung der Schulaufsichtsbehörden und der Lehrer selbst unbedingt erforderlich und deshalb eine gewisse Ausbildung letzterer in der Kenntnis der in Betracht kommenden Krankheiten durch beamtete bezw. Schulärzte unvermeidlich (Kreislehrerkonferenzen etc.); eine Förderung der Kurpfuscherei ist bei sachgemäßer Leitung dieser Ausbildung in keiner Weise zu befürchten.

Die Gefahr der indirekten Übertragung durch Zwischenträger erfordert nur bei schlechten häuslichen Verhältnissen (sehr enges Zusammenleben) und bei Erkrankungen in der Familie des Lehrers besondere Maßnahmen (Ausschluß vom Schulbesuch bezw. von der Erteilung des Unterrichts).

Die Verhütung endlich der Übertragung durch das infizierte Schulgebäude (bazillenhaltiger Staub, verseuchtes Trinkwasser, Aborte) erfordert Vernichtung des Staubes (feuchtes Aufwischen, Fußbodenöle), Kontrolle der Brunnen und Aborte. Die Quintessenz ist hier peinlichste Reinlichkeit.

Schulschluß ist im Interesse der Fortdauer des Unterrichts und wegen des meist ausbleibenden Effekts auf die Verbreitung der Seuche möglichst zu vermeiden. In unvermeidlichen Fällen ist stets eine Feststellung an Ort und Stelle im Sinne der in der Dienstanweisung für die Kreisärzte gegebenen Direktiven dazu notwendig, bei welcher sich der beamtete Arzt nach Möglichkeit mit den Schulbehörden, Lehrern und vor allem auch mit den in der Ortschaft praktizierenden Ärzten in Verbindung zu setzen hat.

IV. Neue Bücher.

Lenhartz. **Mikroskopie und Chemie am Krankenbett.** Verlag von J. Springer in Berlin. Preis Mk. 8 gbd.

Von dem in Ärztekreisen sehr bekannten und mit Recht beliebten Buche ist die 4. Auflage erschienen, nachdem im Jahre 1893 das Werk zum 1. Male publiziert worden ist. Der Verfasser hat in der Neuauflage mehrere Abschnitte gründlich umgearbeitet, manches Neue (z. B. bakteriologische Blutuntersuchungen, Paratyphusbazillen, Gefrierpunktsbestimmung von Blut und Harn, akute Leukozytose) aufgenommen, neue Abbildungen eingefügt. Das Buch steht ganz auf der Höhe der Zeit und wird sich zweifellos viele neue Freunde hinzu erwerben.

Grätzer.

F. Karewski. **Moderne ärztliche Bibliothek.** Verlag von Leonhard Simion Nachf. Berlin.

Unter diesem Titel will der Herausgeber aus der Feder von Fachautoritäten in zwangloser Folge Arbeiten von kleinerem Umfange (2—4 Druckbogen zum



Preise von Mk. 1—2) erscheinen lassen, welche in streng wissenschaftlichen, aber leicht verständlichen, kurzen, und doch alles wesentliche umfassenden Aufsätzen es jedem ermöglichen sollen, sich über alle Erfolge der rastlos fortschreitenden Medizin zu unterrichten. Von dem Unternehmen, das gewiß mit Freude zu begrüßen ist, liegt uns das 1. Heft vor, in welchem Prof. v. Korányi (Budapest) einer Besprechung unterzieht „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung“. Die kleine Arbeit ist ganz so beschaffen, wie der Herausgeber es seinen Lesern versprochen hat: Kürze und Klarheit zeichnen sie aus, der Leser wird in großen Zügen über ein neues Gebiet der modernen Medizin unterrichtet und in die Grundzüge desselben mühelos eingeführt. Wir sehen den folgenden Heften mit großem Interesse entgegen.

Grätzer.

G. Kabrhel, Fr. Velich, A. Hraba. **Die Lüftung und Heizung der Schulen.** Wien, J. Šafár. Preis Mk. 1,80.

Die drei Autoren, von denen der eine Professor der Hygiene, der zweite Ingenieur, der dritte Lehrer ist, beleuchten das hochwichtige, speziell für den Schularzt interessante Thema nach allen Richtungen hin in sachlicher und klarer Weise in drei Vorträgen, die sie in der Jahresversammlung des Klubs für öffentliche Gesundheitspflege in Prag gehalten haben. Diese Vorträge verdienen es, weiteren Kreisen bekannt zu werden, und es war ein recht dankenswertes Unternehmen, sie in einer Broschüre zu vereinigen. Möge dieselbe zahlreiche Leser finden.

Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Verbandkasten für Volksschulen. Sämtlichen Leipziger Volksschulen ist auf Veranlassung des Rates der Stadt ein Kasten mit Verbandstoffen und anderen Hilfsmitteln, die der ersten Behandlung verunglückter oder sonst erkrankter Kinder dienen sollen, überwiesen worden.

Der Inhalt des Kastens, der vom Oberstabsarzt Dr. Düms, dem Obmann des Leipziger Samaritervereins, bestimmt worden ist, setzt sich aus folgenden Hilfsmitteln zusammen:

1. 1 Zinkdose mit Seife und Handbürste,
2. 8 Fingerverbände (enthaltend: 1 Mullbinde, 1 Stück sterilisierten Mull und sterilisierte Watte),
3. 2 größere Einzelverbände für Kopf und Gliedmaßen (enthaltend: 1 Mullbinde, sterilisierten Mull und sterilisierte Watte in größeren Stücken),
4. 4 Mullbinden,
5. 2 Gazebinden,
6. 6 Wattebinden (Polsterwatte),
7. 1 Brandbinde (mit Wismut verarbeitet),
8. Sublimatmull, viereckige Stücke in Einzellagen } unter einem
sterilisierte Watte, „ „ „ „ } Glasdeckel,
9. 1 Stück wasserdichten Verbandstoff,
10. 12 Pappschienen, 37 cm lang, 5 cm breit (durch Zusammenheften ist die Verlängerung ermöglicht),
11. 2 große dreieckige Verbandtücher,
12. 6 „ „ „
13. 1 Fläschchen mit Hoffmannschen Tropfen und Zucker,
14. 1 Glashülse mit Erfrischungstabletten,
15. 1 Schachtel mit sterilisierten Wattetampons für die Nase und den Gehörgang,
16. 1 Schachtel mit Nadeln und Heftklammern,
17. 1 Schere,
18. 1 Thermometer (mit Justierschein),
19. 1 Inhaltsverzeichnis mit dem in die Augen fallenden Aufdruck: Vor jeder Verwendung des Inhaltes „Hände waschen!“

Die Neuheit und Zweckmäßigkeit des Dümsschen Verbandkastens beruht darin, daß das Verbandmaterial in Einzelverbänden verpackt ist. Für jeden

einzelnen Fall ist das nötige Material in der nach der Art und dem Umfang der Verletzung nötigen Menge in einer staubsicheren Umhüllung vorhanden. Gebrauchte Verbandmittel dürfen nicht in den Kasten zurückgebracht werden. Der Inhalt des Kastens wird nach Bedarf durch den Samariterverein ergänzt.

Zur Information über den rechten Gebrauch des Verbandkastens wurde vom Oberstabsarzt Dr. Düms ein Vortragszyklus über die erste Hilfe bei Verletzungen und Erkrankungen in dem Hörsal der 1. Samariterwache abgehalten. Zu diesen Vorträgen war je ein Mitglied der Lehrerkollegien der Leipziger Volksschulen von Amts wegen abgeordnet worden. (Das Schulhaus 1903 No. 62.)

In Dresden wurde am 20. Januar d. J. das **neue Säuglingsheim**, das auf Kosten der Stadt in ein neues Gebäude installiert wurde, in Gegenwart der Königin-Witwe, der Prinzessin Johann Georg, der Vertreter des Staats und der städtischen Behörden mit Reden des Oberbürgermeisters Beutler, des Geheimrats Menz und des Professors Schloßmann eingeweiht. Das neue Gebäude ist nach allen Richtungen hin seinen Zwecken entsprechend eingerichtet und bietet vor allem in reichlichen Laboratorien Gelegenheit für die Ausbildung der Ärzte.

Es sei dabei bemerkt, daß auch in München seit kurzem ein Säuglingsheim besteht, um dessen Begründung sich Prof. C. Seitz große Verdienste erworben hat. Die Anstalt hat vorerst in gemieteten Räumen des Hauses Metzstraße 12 ein bescheidenes Unterkommen gefunden, wird jedoch in ihren Einrichtungen allen modernen Anforderungen gerecht. Das Heim bietet Platz für 20 Säuglinge ausschließlich bedürftiger Stände sowie 4 Ammen (Mütter mit ihren Kindern). Die ärztliche Leitung liegt in den Händen der Herren J. Meier und Rommel. (Münchner med. Wochenschrift 1904 No. 6.)

Ein Verein „Säuglingsschutz" soll in nächster Zeit in Wien erstehen; derselbe soll den Zweck haben, den Schutz der Säuglinge energisch in die Hand zu nehmen. Die Aufgabe des Vereines ist, die Errichtung von Säuglingsabteilungen zunächst im St. Annakinderspitale zur Aufnahme erkrankter Säuglinge. An dieses Spital sollen gleichzeitig die Schule zur Heranbildung von Kinderwärterinnen, sowie die öffentlichen Unterrichtskurse in Säuglings- und Kinderpflege angeschlossen werden. Als nächstes Ziel ist schon für den Sommer dieses Jahres die Gründung von Milchverteilungsanstalten geplant, in welchen Müttern, die nicht in der Lage sind, sich eine zuverlässige Kindermilch für ihren Säugling zu verschaffen, die Nahrung in richtig zubereiteter und bemessener Form unentgeltlich oder gegen geringe Bezahlung abgegeben wird. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 No. 8.)

Mit dem vom 4.—9. April 1904 in Nürnberg tagenden Internationalen Kongreß für Schulhygiene wird auch eine Ausstellung sämtlicher in dieses Gebiet fallender Gegenstände verbunden. Als Ausstellungsgegenstände kommen unter anderen z. B. in Betracht: Pläne und Modelle von Schulgebäuden mit Nebengebäuden und Einrichtungen, Abhandlungen über die Grundlagen der Schulhausausführungen samt Umgebung, Abhandlungen und Darstellung über den Schulbetrieb im allgemeinen und in Sonderschulen; ferner über die Unterrichtsmittel, über die Erziehung der Kinder in der Schule und im Haus, alle Arten Einrichtungsgegenstände und Unterrichtsmittel, insbesondere wissenschaftliche Instrumente, Lehrbücher, Schulbücher, Zeitschriften, Wandtafeln, Schreib- und Zeichenmaterialien etc., Apparate für die Untersuchung der Kinder und für körperliche Erziehung, sowie Turngeräte etc.

In Frankfurt a. M. hat sich eine freie Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte konstituiert.

VI. Personalien.

Straßburg. Privatdozent Dr. **Siegert** wurde zum Professor extraordinarius mit Lehrauftrag für Kinderheilkunde in Halle ernannt und wird dem Ruf am 1. April Folge leisten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Mai 1904. No. 5.

I. Originalbeiträge.

Therapeutische Erfahrungen aus der Kinderpraxis.

Mitteilungen aus dem Budapester mit Ordinationsanstalt verbundenen Gratismilchinstitut.

Von

Dr. **Ernő Deutsch.**

(Schluß.)

Einiges über Behandlung der Lues congenita. F. J. Pick bemerkt in seinem Artikel „Behandlung und Prophylaxis der Syphilis" (Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten. Bd. 6.) in bezug auf die graue Quecksilbersalbe: „Wir würden einer anderen Quecksilbersalbe nur dann den Vorzug einräumen, wenn durch dieselbe die lokalen Reizzustände auf der Haut besser vermieden oder hintangehalten werden würden", diese Ansicht ist unbedingt richtig und gilt besonders für die Säuglingspraxis, bei der man recht oft unangenehme Zufälle von seiten der Haut bei Einreibungskuren beobachtet. Dies die Ursache, daß ich bis kurz vorher ein Anhänger der internen Luesbehandlung mit Kalomel war. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren, seitdem ich Präparate und Methoden zur Hand habe, durch die die äußere Behandlung mit Leichtigkeit und ohne Reizerscheinungen durchzuführen ist, bin ich von der Kalomelbehandlung abgekommen. Ich unterscheide die Behandlung des Säuglings mit floriden Luessymptomen und die Nachkur zur Sicherung des Erfolges. Zur ersteren gebrauche ich Quecksilbervasogensalbe 33,5 % oder Resogenum cinereum sec. Pollatschek, zur Nachkur den Merkolintschurz sec. Beiersdorf. Quecksilbervasogensalbe ist ein durch Pearson & Co. (Hamburg) verfertigtes Vaselinum oxygenatum. Resogenum cinereum wird durch den Apotheker Pollatschek (Budapest) dargestellt, besitzt den durch die Pharmacopaea Hungar. vorgeschriebenen Quecksilbergehalt. Die Salbengrundlage, das sogenannte Resogen, ist auch für andere Salben als gut resorbierbare Grundlage zu empfehlen. Beide Präparate halte ich für gleichwertig, wendete sie bei 21 floriden Fällen an und sah in keinem Falle Hautreizerscheinungen, doch stets prompte Reaktion von seiten der Lueseffloreszenzen. Der Mercolintschurz basiert auf der Annahme, daß das Quecksilber grund Inhalation wirkt, und bildet die Vervollkommnung der alten Fumigationen (in England [Lee], in den Donaufürstentümern [J. Glück, M. Zeissl] und Persien [Polak] noch jetzt gebräuchlich). Merget ließ im Kopfpolster der Pat. einen mit Quecksilber imprägnierten Lappen einnähen.

Welander verordnete einen ähnlichen Lappen auf die Brust gebunden zu tragen, den er bald mit einem mit Mercurial gefüllten Beutel ersetzte. Die Vervollkommnung dieser Methoden ist die Anwendung des Mercolintschurzes, dessen Applikation reinlich, einfach und leicht geheim zu halten ist. Jordan und Schuster (Picks Archiv. 1900) bemerken, daß die Behandlung mit Mercolintschurz an Wirksamkeit der Inunktionskur nachsteht. Den Standpunkt Fürbringers und Neumanns, nach der die Inunktionskur auch nur durch Inhalation wirkt, kann ich nicht unterschreiben, denn die Beobachtung, daß die Effloreszenzen, die unter dem Schurz sind, sich zu allererst rückbilden, ist eine unumstößliche, daher müssen wir mit Spiegler annehmen, daß das Quecksilber auch durch die Haut in Gasform hindurchdunstet. Nach Durchführung der Inunktion ließ ich stets den Schurz tragen und sah nie Rezidive (7 Fälle), und bei den nach anderwärts behandelten Fällen auftretender Rezidive (10 Fälle) beobachtete ich die prompte Rückbildung der Symptome. Ich wende mit Vorliebe die sogenannte Aachener Form an und lasse jeden Schurz 3 Wochen liegen.

Die Indikation C. Becks (Mitteilungen aus dem Adele Brody-Kinderspital) — ausschließliche Mercolintbehandlung der Säuglingslues — würde ich nur in solchen Fällen akzeptieren, bei denen die Syphilisbehandlung geheim zu halten ist oder sich eine große Hautempfindlichkeit zeigt. —

Das Epikarin (β-Oxynaphtyl-o-Oxy-m-Toluylsäure) ist ein Condensationsprodukt von Kreosotinsäure und β-Naphtol. Es ist ein schwach gelbliches Pulver (beim Liegen an der Luft wird durch Oxydationswirkung des Luftsauerstoffes die Färbung eine rötliche), das in Chloroform, Essigsäure, Benzol und heißem Wasser schwer, in Aceton, Alkohol und Äther leicht löslich ist. Mit Vaselin und Lanolin läßt es sich gut zu Salben verarbeiten. Es ist ein entgiftetes Naphtol, unter Erhaltung der spezifischen Wirkungsweise des letzteren; daher stark giftig für die Hautparasiten, ohne auf die Warmblüter toxisch zu wirken. — Wir verfügen über eine stattliche Anzahl von anerkannt wirksamen Antiscabiosis, deren jedem eine üble Nebenwirkung zukommt. Pix liquida beschmutzt Verbandzeug und Wäsche, durch den Geruch von Perubalsam wird der so Behandelte gleich zum Krätzigen gestempelt, nach β-Naphtholanwendung beobachtet man oft Nierenreizung und eklamptische Zustände, Nikotin ist ein heftiges auf Magendarmtrakt, Herz und Gehirn wirkendes Gift (ich kann die Beobachtung Munas, daß nach Anwendung von Nikotianaseife bei kleinen Kindern Reaktion von seiten des Magens auftritt, vollinhaltlich bestätigen), Phenolpräparate, Karbolöl, Wilkinsonsche Salbe wirken oft toxisch und reizen die Haut, dasselbe Übel haftet dem Antiskabin an. Ein Mittel gegen Krätze, das nicht schmutzt, geruchlos und ungiftig — wie das Epikarin — war mir überaus willkommen. Grund Erfahrungen von Kraus (Allg. Wien. med. Ztg. 1900. No. 14), Pfeiffenberger (Klin. therap. Wochenschr. 1900. No. 19) und Siebert (Kinderpoliklinik München) habe ich Versuche mit einer 10%igen Salbe (Rp. Epicarini 10,0, Ungt. simpl. 100,0 S. Salbe) bei 11 skabiösen Kindern gemacht. Das jüngste Kind, ein 5 Monate alter Säugling, genas in 4 Tagen ebenso wie der älteste meiner Pat. (6 Jahre alter

Knabe), ohne Reizerscheinungen von seiten der Haut zu zeigen. Ohne vorhergehendes Bad ließ ich den Körper 3 Tage hintereinander vom Kopf bis zum Fuße abreiben, am vierten Tage lasse ich abbaden. Die Behauptung Kaposis, daß sich das Epikarin bei Fällen mit starker Ekzembildung nicht behauptet, habe ich an keinem meiner 11 Kranken beobachtet. —

Bei chronischen, mit bindegewebiger Infiltration und Jucken einhergehenden Ekzemen wende ich neuerdings in 20%iger Konzentration Anthrasol an. Es enthält alle wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers, ist ein leichtflüssiges, hellgelbes Öl, bietet alle Vorteile des Teers, ohne dessen Nachteile zu besitzen. Die keratoplastische und juckstillende Wirkung ist prompt, dabei reizt und schmutzt dieses Präparat nicht. Den Versuch Sacks und Vieths (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 18) bei einer Person Ol. cadini und Anthrasol zugleich an verschiedenen Stellen, um den Erfolg parallel beobachten zu können, machte ich mit ausgesprochenem günstigeren Erfolg für Anthrasol. Anwendung fand das Mittel bei 9 Pat.

Das durch die „Vereinigte Chininfabriken“ Zimmer & Co. (Frankfurt a. M.) in Umlauf gesetzte Dymal ist ein Nebenprodukt bei der Herstellung der Auerschen Glühlichtstrümpfe. Das Didymium salicylicum-Di_2 ($C_6H_4OH.COO$) ist ein blaßrosa, geruch- und geschmackloses, feines Pulver, das ich grund Mitteilungen von Kopp (Therap. Monatshefte. 1901. II), Roth (Pest. med. chir. Presse. 1901. No. 44), Munk (Ärztl. Zentr.-Ztg. 1902. No. 13) als Streupulver bei Intertrigofällen einführte. Die austrocknende, kühlende, desodorierende und überhäutende Fähigkeit dieses auch wegen seiner Billigkeit anempfehlenswerten Pulvers habe ich bei 24 Fällen erprobt und habe mich überzeugt, daß es außer den genannten Eigenschaften auch reizlos und ungiftig ist. Der Erfolg ist in den meisten Fällen innerhalb einer Tages zu konstatieren.

(Aus dem St. Elisabeth-Hause zu Halle a. S.)

Über die Verwendbarkeit des Fleischsaftes „Puro“ in der Kinderpraxis.

Von

Dr. med. **A. Klautsch,**

Arzt der Anstalt.

Das Streben der modernen Krankenbehandlung, neben der medikamentösen Therapie das Hauptaugenmerk auf eine hygienisch-diätetische zu richten, hat die Industrie und die Technik der gesamten zivilisierten Welt, vor allem in Amerika veranlaßt, eine Menge von Präparaten für diätetische Zwecke herzustellen, welche Nahrungsmittel in möglichst konzentrierter, leichtest verdaulicher und schmackhafter Form darstellen sollen. Diese sollen in den Fällen zur Anwendung gelangen, in denen die Ernährung mit den allgemein bekannten Nahrungsmitteln aus verschiedenen Gründen schwierig oder gar unmöglich ist. Namentlich ist es das Fleisch, das sonst so be-

liebte und vorzüglich verdauliche Eiweißnährmittel, für welches man nach Ersatzmitteln suchte, da seine Darreichung bei vielen pathologischen Zuständen unterbleiben muß, sei es, daß eine ausschließlich flüssige Nahrung indiziert ist, sei es, daß die Patienten aus Widerwillen die Aufnahme von Fleisch mit Entschiedenheit verweigern. Seitdem durch die grundlegenden Arbeiten namentlich von Pettenkofer, Kemmerich u. a. der hohe Wert der Fleischbasen sowohl wie der Fleischalbuminate für die Ökonomie des Körpers Kranker und Genesender nachgewiesen war, und Liebig als der erste (1857) eine rationelle Darstellungsweise des Fleischextraktes gezeigt hatte, sind im Laufe der Zeit mit dem Fortschritt der Technik eine ganze Reihe mehr oder weniger wertvoller Fleischsaftpräparate, namentlich von Amerika aus, auf dem Markte erschienen, von denen ich hier nur als die bekanntesten Valentines und Brands Meat juice und Wyeths beef juice anführe. Diesen Präparaten kann indessen, da ihr Gehalt an Eiweiß (8—13 %) nur ein verschwindend kleiner, kaum in Betracht zu ziehender ist, nur ein ganz minimaler Nährwert zuerkannt werden. Sie sind und bleiben vielmehr zufolge ihres relativ großen Reichtums an Fleischbasen und Salzen lediglich nur wertvolle Anregungs- und Genußmittel, Stimulantien für die Verdauungstätigkeit des Magens und des gesamten Nervensystems.

Gegenüber diesen Präparaten bedeutet der nun neuerdings in den Handel gebrachte Armours Beef juice, ebenfalls amerikanischer Provenienz, ein sehr dünnflüssiger Fleischsaft von stark alkoholartigem Geruch, auf dem Gebiete der Fleischsaftgewinnung in gewisser Beziehung einen Fortschritt, insofern derselbe neben den Basen (9,5 %) und Salzen (7,5 %) des Fleisches auch Fleischeiweiß (8,5 %) enthält. Indessen sind sein ungewöhnlich großer Reichtum an Wasser (74,1 %) und besonders sein Alkoholgehalt (0,5 % [?]) entschiedene Mängel, die ihm anhaften, und die dieses Präparat nicht als Fleischsaft, sondern als Fleischsaftwein charakterisieren und daher auch nicht als erstklassiges Produkt seiner Art, wie es der Prospekt besagt, erscheinen lassen.

Ein Präparat dagegen, welches nicht an einer gewissen Einseitigkeit nach irgend einer Richtung hin krankt, sondern allen billigen, an einen Fleischsaft zu stellenden Anforderungen in vortrefflichster Weise entspricht, ist der in Deutschland von Dr. Scholl in Thalkirchen bei München hergestellte und unter dem Namen „Puro“ in den Handel gebrachte Fleischsaft, insofern er bezüglich des Gehaltes an Fleischbasen (19 %) und Salzen (10 %) den eben genannten Präparaten mindestens gleichkommend, dieselben jedoch an Eiweiß in natürlicher, unzersetzter, leicht resorbierbarer Form (35 %) weit übertrifft. Dieser Fleischsaft Puro ist charakterisiert als ein relativ stickstoffreiches Stärkungsmittel, bei welchem unter den Stickstoffkörpern die eiweißartigen, für die Ernährung wirklich in Betracht kommenden Eiweißkörper, die nur anregend wirkenden Fleischbasen nicht unwesentlich überwiegen, während unverdauliche Substanzen nur in äußerst geringer Menge in ihm enthalten sind. Von den Mineralstoffen ist besonders sein Gehalt an Phosphorsäure und Kali als für den Aufbau der Gewebe wichtig hervorzuheben. Nicht unwesentlich ist schließlich noch, daß Puro vollkommen frei von Alkohol ist.

Man könnte ja nun allerdings den Einwand erheben, daß die eben angeführten Vorzüge des Puro auch dem frisch ausgepreßten Fleischsafte nachzurühmen seien. Mit Recht. Aber einmal ist die Herstellung desselben in einer Apotheke mit so beträchtlichen Schwierigkeiten verknüpft und andererseits ist derselbe so wenig haltbar, ganz zu schweigen von seinem nicht gerade appetitlichen Aussehen und seinem wenig angenehmen Geschmack, daß seine Verwendung am Krankenbett notwendigerweise eine äußerst beschränkte bleiben wird. Auch die Bereitung der sogenannten „Flaschenbouillon“ ist umständlich, beansprucht zu ihrer Herstellung viel Zeit und gibt zudem immer nur geringe Mengen Saft. Zu erwähnen wäre schließlich noch die Gewinnung des Fleischsaftes durch Auspressen frisch zerhackten Fleisches mit Hilfe von Fleischsaftpressen in der Wohnung des Patienten, und ich denke hier an die ganz zweckmäßige von Dr. Klein (Gießen) angegebene. Mit Hilfe dieser Pressen kann man sich ja ganz schnell und zweckentsprechend einwandfreien Fleischsaft selbst herstellen; aber auch dieses Verfahren hat, abgesehen von der Schwierigkeit und der notwendigen häufigen Beschaffung frischen brauchbaren Fleisches und den für den Einzelfall nicht unbedeutenden Anschaffungskosten des Apparates (15 Mk.) im Hause des Kranken nicht unbeträchtliche Schwierigkeiten zu überwinden. Es bildet daher ein fabrikmäßig hergestellter Fleischsaft, wie Puro, stets einen willkommenen und oft kaum zu entbehrenden Ersatz für den frischen Fleischsaft.

Puro stellt einen dunkelbraunen, konzentrierten, nur 36,0 $^0/_0$ Wasser enthaltenden Saft von Sirupskonsistenz dar, welcher unter hohem Druck und nachfolgender Sterilisierung im Vakuum aus frischem, fettfreiem Rindfleisch ohne jede chemische Behandlung gewonnen wird. Durch Digerieren mit frischen Suppenkräutern ist es gelungen, dem Safte noch ein feines Aroma zu verleihen, was besonders mit Rücksicht auf den Geschmack von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Durch die vollständige Entfernung des Hämoglobins, welches eine blutrote, bei manchen Patienten Anstoß erregende Färbung des Präparates bedingen würde, hat sein Aussehen erheblich gewonnen. Ein weiterer großer Vorzug des Puro ist noch, daß derselbe in geöffneten Flaschen und offenen Gläsern haltbar ist und nicht verdirbt, und daß die Entwickelung von Fäulnisbakterien und anderen Keimen durch die hohe Konzentration des Präparates fast vereitelt ist. In Betracht kommt schließlich noch aus ökonomischen Gründen, daß die ausländischen Fleischsaftpräparate, wie eine vergleichende Berechnung von Herzberg (Reichs Med. Anz. 1899. No. 10) ergeben hat, Puro gegenüber unverhältnismäßig teurer sind, und daß deren Preis in absolut keinem Verhältnis zu dem Nutzen, den sie stiften, steht.

Mit diesem Fleischsafte, welcher bereits in einer Reihe wissenschaftlicher Arbeiten analytisch und klinisch eine gerechte Würdigung erfahren hat, habe ich im Frühjahr und Sommer dieses Jahres an einer Reihe von Kindern der verschiedensten Alterstufen, wie sie mir im hiesigen St. Elisabeth-Hause zur Verfügung stehen, Versuche anzustellen, und mir durch fortlaufende Kontrolle des Gewichtes, sowie des Allgemeinbefindens ein Urteil über seine Verwendbarkeit in der Kinderpraxis und über seine Zuträglichkeit im Kindesalter zu bilden

Gelegenheit gehabt. Es sind im ganzen 18 Kinder im Alter von 7 Monaten bis zu 6 Jahren, bei denen Puro natürlich mit Ausschluß jeder Medikation, lediglich nur mit passenden hygienisch-diätetischen Verordnungen zur Anwendung gelangte. Da ich mir auf die einzelnen Fälle des näheren einzugehen erspare, so möchte ich hier nur auf das Gesamtergebnis der Versuche mit einigen Worten eingehen.

Von diesen 18 Kindern waren mit chronischen Leiden behaftet sieben, und zwar litten fünf an ausgesprochener Rachitis ($1^1/_2$—$2^1/_2$ Jahre), zwei waren anämisch-chlorotische ($2^1/_2$ und $2^3/_4$ Jahr). Bei zwei bestanden teils dyspeptische Störungen (3 Jahre), teils Darmkatarrhe ($2^1/_2$ Jahre), die übrigen acht waren durch kurz vorangegangene akute Erkrankungen in ihrer Entwicklung erheblich heruntergekommen: vier hatten schwere Gastrointestinalkatarrhe (8, $8^1/_2$, 11 Monate und $1^1/_4$ Jahr), eins eine doppelseitige Pneumonie (5 Jahre), drei Masern ($3^1/_2$, 4 und 6 Jahre) und eins Scharlach (6 Jahre) durchgemacht. Es waren dies also sämtlich gesundheitliche Störungen, bei denen eine Anregung auf den Verdauungstraktus und eine Erhöhung der assimilierbaren Nährstoffmengen anzustreben unsere Aufgabe ist.

Was sodann die Form der Verabreichung des Fleischsaftes angeht, so erhielten die Kinder je nach ihrem Alter und den maßgebenden Momenten täglich 1—3 Kaffeelöffel Puro. Am liebsten nahmen die Kinder das Präparat, wenn es in warmer Suppe oder mit Bouillon oder mit Wein und Wasser verrührt war, weniger gern in Milch. Aber auch pur auf Semmel oder Brot gestrichen wurde es von den Kindern nicht zurückgewiesen. In der Darreichungsform habe ich eine gewisse Abwechslung einzuhalten für notwendig befunden. In einzelnen Fällen wurde der Fleischsaft auch als Zusatz zu Nährklystieren sowohl, wie als Klysma allein verwendet und hat uns hier geradezu unschätzbare Dienste geleistet.

Von sämtlichen 18 Kindern wurde nun Puro ausnahmslos gern und fortdauernd, ohne Widerwillen zu erregen, genommen und, was die Haupsache ist, auch gut vertragen, ohne daß sich irgend welche unangenehme Störungen der Magen- und Darmtätigkeit danach eingestellt hätten. Der Appetit erfuhr eine rasche und bedeutende Verbesserung und dementsprechend hob sich das Allgemeinbefinden, und das Aussehen der Kinder besserte sich. Nach Beendigung der Versuchszeit hat die Wage, die korrekteste Beurteilerin des Erfolges, wiederholt schöne positive Leistungen konstatieren können.

Wenn auch die Zahl meiner Beobachtungen keine große ist, so dürften sie doch vielleicht hinreichend sein, um den tatsächlichen Wert des Fleischsaftes Puro von neuem nachzuweisen und seiner ausgedehnten Verwendung in der Kinderpraxis das Wort zu reden.

Derselbe wird mit Vorteil in allen den Fällen angewendet, in denen Nähr- und Anregungsmittel angezeigt sind, da er zugleich nährt und einen Impuls zur ferneren Nahrungsaufnahme gibt. Gerade im Kindesalter kommt uns dabei die Möglichkeit seiner verschiedenen Darreichung sehr zu statten. Daß schließlich der Preis des Präparates (2,50 pro Flacon) mit Rücksicht auf seinen Wert entschieden ein billiger zu nennen ist, sei nur beiläufig erwähnt.

Halle a. S. im November 1903.

II. Referate.

M. Weinberg (Wien), Über die Verwendung von „Puro" in der Privatpraxis. (Die Heilkunde. März 1904.) W. hat „Puro" bei 30 Fällen angewandt und nennt es ein sehr gutes Nähr- und Anregungsmittel, das sowohl in der Kinderpraxis, als auch bei Erwachsenen Verwendung finden sollte in all jenen Fällen, in denen es sich um Rekonvaleszenten nach schweren akuten und Infektionskrankheiten handelt, in Fällen von beginnender Lungenspitzentuberkulose (W. gibt 2 Fälle, ein 10jähriges und 8 $^1/_2$ jähriges Kind betreffend, an, wo Puro schätzenswerte Dienste geleistet), bei Anämie und Chlorose, zumal das Präparat gern genommen wird und frei von Nebenwirkungen ist.

Grätzer.

Th. Zlocisti (Berlin), Die Steigerung der Sekretion bei stillenden Müttern. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 5.) Z. hat Laktagol bei 12 Fällen angewandt, Erst- und Mehrgebärenden, zum Teil solchen, bei denen auch bei vorhergegangenen Geburten eine ungenügende Laktation stattgefunden hatte. Trotzdem gelang es stets bei Anwendung des Mittels, natürlich unter gleichzeitiger Beobachtung aller sonstigen hygienischen Lebensvorschriften, ausreichende Stillungsfähigkeit herzustellen. Das Mittel wurde von allen Frauen gern genommen, machte nie irgend welche Nebenerscheinungen. Die merkbare Wirkung trat am dritten, spätestens am vierten Tage nach der Anwendung von 25—30 g des Mittels ein. Die Brüste der Frauen wurden stärker, praller, die Kinder saugten länger und lehnten sehr bald die bisher gewohnte Beikost ab. Wurde das Präparat einen Tag ausgesetzt, so schien die Wirkung nicht geschwächt; deutlich herabgesetzt war sie, wurde das Mittel 2—3 Tage fortgelassen. Bei bereits vorgeschrittener Laktationszeit wurde zum Auslösen der Wirkung etwa die doppelte Menge (bis 55 g) genommen und vertragen. Die Versuche zeigten jedenfalls, daß wir im Baumwollsamen in Form des Laktagols ein Anregungsmittel der Laktation besitzen, das auch dann häufig zum Ziele führt, wenn die hygienischen Maßnahmen nicht ausreichen, und daß unter allen Umständen die Wirkung der letzteren erhöht.

Grätzer.

R. Mond (Hamburg), Über Laktagol, ein neues Präparat zur Vermehrung der Milchsekretion. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 10.) M. war mit dem Präparat sehr zufrieden; er gab es bei jeder Laktationsperiode. Drei Frauen bekamen es vom zweiten Tage post partum ab und waren in vorzüglicher Weise imstande, ihr Stillgeschäft auszuüben. 3 mal handelte es sich um Frauen, die schon 1—2 Wochen gestillt hatten, die jedoch nicht imstande waren, allein ihr Kind satt zu machen; hier gab es einen Mißerfolg, allerdings bei einer sehr schwachen und zarten Person, die von vornherein zum Stillen untauglich erschien. In 2 Fällen endlich wurde Laktagol bei Frauen verwandt, bei denen die Milchsekretion schon zum größten Teil versiegt war, und die durch Laktagol in den Stand gesetzt wurden, ihren Kindern wieder reichlich Nahrung zu geben.

Grätzer.

J. A. v. d. Brink (Monster), Über Laktagol, ein neues Laktagogum. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 6.) Auch Verf. hat Laktagol in einigen Fällen als prompt wirkendes Laktagogum kennen gelernt, das zudem noch ziemlich billig ist; mit einem Karton (M. 2,75) reicht man 10—12 Tage, so daß der tägliche Verbrauch sich auf etwa 25 Pf. stellt. Grätzer.

R. Mesnil, Les mères qui ne peuvent allaiter au sein leurs enfants. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Die Ursachen, welche das Säugen der Kinder verhindern, sind mannigfacher Art und hängen nicht nur von den Müttern, sondern auch von den Säuglingen ab. In letzterer Beziehung führt M. an: Appetitlosigkeit, oder Fehlen des Bedürfnisses zu säugen, angeborene Schwäche, Nichtvertragen der Frauenmilch und endlich angeborene Mißbildungen des Kindes. Von seiten der Mütter ist hervorzuheben: angeborene Fehler der Brustdrüsen, wie mangelhafte Entwicklung, Atrophie, Polymastie, krankhafte Prozesse, wie Narben, Tumoren, Galaktocele, Mastodynie, Entzündungen, Fissuren usw. Allgemeine Krankheiten bilden mitunter eine Kontraindikation des Stillens, so z. B. Herz-, Blut-, Lungen- und Nierenkrankheiten, Störungen im Bereiche des Verdauungsapparates, akute, chronische, nervöse, ansteckende Krankheiten, Vergiftungen usw.

Statistisch konnte M. nachweisen, daß 86 % der Frauen ihre Kinder von den ersten Tagen angefangen anstandslos stillen könnten, 4,2 % können es nicht tun, 9,4 % müssen außer der Brust auch zur künstlichen Ernährung greifen. Außerdem gibt es eine sehr große Anzahl von Frauen, welche aus sozialen Gründen ihre Kinder nicht stillen können, wie z. B. wenn dieselben entfernt von Hause arbeiten müssen. Die öffentliche Wohltätigkeit und die Gesetzgebung müßten eingreifen, um Abhilfe zu schaffen. E. Toff (Braila).

A. Chavane, Les consultations et surveillances de nourrissons à Paris en 1902. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. I. S. 201.) Die interessante Arbeit gibt einen Überblick über die Leistungen der in den verschiedenen Kliniken eingerichteten Sprechstunden für die Behandlung und Überwachung von Säuglingen, bezw. der Überwachungsstationen und der Krippen. Der Erfolg dieser Einrichtung ist ein ausgezeichneter, und es ist mit ihrer Hilfe gelungen, die Kindersterblichkeit erheblich herabzumindern. Ch. bringt ferner ein reiches statistisches Material, das den Wert der einzelnen Ernährungsformen sehr gut zur Anschauung bringt, sowie über die Todesursache im Säuglingsalter. Auf Einzelheiten einzugehen, ist bei der Reichhaltigkeit des Materials nicht möglich.

Schreiber (Göttingen).

John Lovett Morse, A study of the Caloric Needs of Premature infants. (American Journal of the Medical Sciences. März 1904.) Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, den Kalorienbedarf bei frühgeborenen Kindern festzustellen. Aus seiner Beobachtungsreihe zieht er folgende Schlüsse:

Der Kalorienbedarf vorzeitig geborener Säuglinge übersteigt den Bedarf ausgetragener Kinder. Dieser Überschuß erklärt sich aus

ihrem kleinen Körper und der verhältnismäßig größeren Wärmeabgabe, aber auch aus der unvollständigen Entwicklung der Verdauungsorgane, wodurch die Nahrung nur zum Teil ausgenutzt wird.

Es ergibt sich aus diesen Betrachtungen die Wichtigkeit einer genügenden Wärmezufuhr in der Behandlung solcher Frühgeburten, sowie die Notwendigkeit, ihnen eine möglichst leicht verdauliche Nahrung darzureichen, um die unentwickelten Organe nicht so sehr in Anspruch zu nehmen. Leo Jacobi (New York).

Henry D. Chapin, Infant Feeding as based on the Evolution of Mannuals. (Archives of Pediatrics. July 1903.) C. macht einige interessante Bemerkungen entwicklungsgeschichtlicher Art über Säuglingsernährung. Er resumiert seine Ausführungen folgenderweise:

Das Kind macht drei Stadien der Entwicklung und Ernährung durch, das preplacentare, das placentare und das mammare Stadium. Zur Zeit des letzteren, indem die Nahrung ihre Zusammensetzung ändert (Colostrum, Milch), findet eine entsprechende Anpassung seitens der Verdauungsorgane statt.

Kuhmilch kann unseres Wissens nicht in menschliche Milch umgewandelt werden. Künstliche Ernährung muß der Entwicklung der Verdauungsorgane angepaßt werden. Die Zusammensetzung der Muttermilch dient uns als Wegweiser. Das Eiweiß der Kuhmilch bezweckt die Entwicklung des Kalbsmagens und die spätere Verdauung von Gras — daraus erhellt die Unzulänglichkeit der reinen Kuhmilch als Säuglingsnahrung. Alkalien und Mehlabkochungen modifizieren die Kuhmilch chemisch und mechanisch, wodurch eine brauchbare Mischung entsteht. Leo Jacobi (New York).

G. Voix, L'allaitmente mixte. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Die gemischte Ernährung der Säuglinge, bestehend in Verabreichen der Mutterbrust und künstlicher Milchnahrung, ist indiziert bei frühzeitiger oder späterer Insuffizienz der Milchsekretion, bei Erkrankungen der Mutter und endlich, wenn dieselbe durch ihre Arbeit ferne vom Hause zurüchgehalten ist. Am häufigsten kommt Hypogalaktie, Insuffizienz der Milchsekretion vor. Etwa ein Drittel aller Frauen, reiche sowie arme, können nicht während der ganzen Zeit exklusive Brusternährung durchführen. In diesen Fällen ist es von Vorteil, zur gemischten Ernährung überzugehen, und zwar entweder alternativ oder komplimentär. Letztere ist vorzuziehen, indem nach jedesmaligem Säugen die in der Brust fehlende Milchmenge durch künstliche Milchernährung ersetzt wird. Es ist dies die beste Methode, um die Anzahl der selbststillenden Frauen zu vermehren. Verf. teilt seine in einem Pariser Dispensarium gemachten Erfahrungen mit, wo im Laufe von 4 Jahren die oben erwähnte gemischte Ernährung von 12,5 % auf 20,8 % gestiegen war, während die einfache künstliche Ernährung von 31,2 % auf 18,7 gefallen war. In einem Dispensarium hatte die gemischte Milchernährung um 9 % zugenommen, während in derselben Zeit (15 Monate) die künstliche Ernährung um 22,7 % gesunken war. Für die Kinder ist das gemischte Säugen im Verhältnisse zur künstlichen Ernährung von unbestreitbarem Vorteile.

E. Toff (Braila).

Spolverini, Assimilation et Putréfaction intestinale chez les enfants nourris artificiellement pendant les premiers mois de la vie. (Annales de Méd. et Chir. infant. Jahrgang 6. S. 621.) Das Hauptergebnis der interessanten Arbeit, deren Einzelheiten hier nicht angeführt werden konnten, ist dahin zu definieren, daß die Ausnutzung der rohen Milch besser ist als die der gekochten Milch. Bei Ernährung mit der ersteren trat Gewichtszunahme ein, während bei Ernährung mit gekochter Milch Gewichtsabnahme erfolgte, unter gleichzeitigem Auftreten von Magendarmstörungen. Dementsprechend war die Darmfäulnis in der Ernährungsperiode mit gekochter Milch fast dreimal größer, als in der mit roher Milch. (Bestimmt durch die Menge der Ätherschwefelsäure im Harn.)

Schreiber (Göttingen).

M. Spolverini, Sur les ferments solubles du lait et sur les moyens propres a provoquer dans le lait de certains animaux la présence de ferments qui normalement y font défaut. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. I. S. 252). Die Schlüsse, welche Sp. aus seiner umfangreichen, wertvollen Arbeit zieht, auf deren Einzelheiten hier einzugehen unmöglich ist, sind etwa folgende: 1. Die Milch der Frau und verschiedener Tiere enthält in wechselnder Menge verschiedene lösliche Fermente, und zwar finden sich Trypsin (von starker Wirksamkeit bei der Kuh, Ziege und Hündin, von geringerer Wirksamkeit bei der Frau und der Eselin), Pepsin (in allen diesen Milcharten, im allgemeinen von geringerer Wirksamkeit), Diastase (gleich wirksam bei der Frau und der Hündin, sie fehlt bei der Kuh und der Ziege, zuweilen auch bei der Eselin). Das Wasser bindende Ferment, welches Salol in Karbolsäure und Salyzilsäure spaltet, findet sich immer in der Milch der Frau und der Hündin, weniger wirksam in der der Eselin und fehlt in der der Kuh und der Ziege. Lipase findet sich in allen untersuchten Milcharten; Oxydase findet sich sehr wirksam in der Milch der Kuh und der Ziege, kaum in der Milch der Frau und der Hündin. Das glykolytische Ferment findet sich in allen Milchsorten. 2. Die Milch ist also keine einfache Lösung von Nährstoffen, sondern sie enthält auch biochemisch aktive Stoffe. 3. In der Milch der omnivoren Tierarten sind alle Fermente enthalten, dagegen nicht in der der herbivoren. 4. Die Fermente sind nicht spezifisch für die verschiedenen Milcharten, sondern können durch Änderung der Nahrung auch in den Milchsorten auftreten, in denen sie für gewöhnlich fehlen. 5. Um eine Kuh- oder Ziegenmilch zu erhalten, welche dieselben Fermente wie die Frauenmilch besitzt, genügt es, dem Tiere mit seiner Nahrung die betreffenden fehlenden Fermente einzuführen. 6. Die Fermente scheinen an die Art der Ernährung gebunden zu sein, zum größten Teil sind sie als Exkretionsstoffe zu betrachten und der Rest als spezifische Sekretionsstoffe. 7. Es erscheint vorteilhafter, den Säuglingen rohe, sorgfältig behandelte und auf Eis konservierte Milch zu verabreichen; das Eis hindert die Entwicklung der Bakterien, zerstört aber die Fermente nicht.

Schreiber (Göttingen).

Arthur Keller, Kinderarzt in Bonn, Fütterungsversuche mit hochsterilisierter Kuhmilch. (Zeitschrift f. diätetische u.

physikal. Therapie. Bd. 7. Heft 2.) Im Gegensatz zu den Versuchsergebnissen Bolles, welcher nach ausschließlicher Verfütterung sterilisierter Milch bei Meerschweinchen schon innerhalb zweier Wochen und zwar gradweise in direktem Verhältnisse zur Dauer der Sterilisation stehende Krankheitserscheinungen auftreten sah, die er zur Barlowschen Krankheit in Beziehung bringen zu müssen glaubte, war K. so glücklich, durch 4 und 5 Monate währende Fütterungsversuche an Mäusen die Gleichwertigkeit 2 Stunden lang sterilisierter Milch gegenüber der nur aufgekochten und der rohen konstatieren zu können. Weder war eine höhere Mortalität, noch ein größerer Prozentsatz von Verdauungsstörungen oder anderen pathologischen Erscheinungen bei den steril ernährten Tieren festzustellen. Ob die Mäuse sich im Säuglingsalter befanden, ist nicht gesagt, es ist aber wenig wahrscheinlich, da andernfalls wohl ein Parallelversuch mit Mäuseammen aus ländlichen Distrikten gemacht worden wäre. Eschle (Sinsheim).

Natale Stoppato, Gekochte Kuhmilch modifiziert mit Rinderserum zur künstlichen Ernährung. (La Pediatria. Okt. 1903.) Verf. stützt sich auf Untersuchungen seines Chefs Tedeschi, sowie von Nobècourt und Sevin, daß im Blutserum der Rinder und besonders dem der trächtigen Kuh in erheblicher Menge das amylolytische Ferment vorhanden ist, das in der Frauenmilch fehlt.

Das unter aseptischen Kautelen aufgefangene und zu 5 % mit Glyzerin vermischte Serum wurde mit der vorher sterilisierten Milch in der Menge von 5 ccm auf 200 ccm zugesetzt. Es wurden so dyspeptische und atrophische Kinder, die schon vorher künstlich ernährt waren, aber gegen diese Ernährung sich intolerant gezeigt hatten, genährt. Der Erfolg war günstig: der Charakter der Entleerungen besserte sich, auch der Bakteriengehalt derselben, besonders des B. coli, nahm ab. In Anbetracht der bisher vorliegenden geringen Zahl von Beobachtungen bezeichnet Verf. seine Mitteilung als vorläufige. F.

Francioni u. Carlini, Einige Erfahrungen über Ernährung eines Atreptischen. Vorläufige Mitteilung. (Rivista di Clinica Pediatrica. Januar 1904.) Verff. haben bei ihren Versuchen, die darin bestanden, in einem Fall von Atrepsie Eiweiß in physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut zu spritzen, den Eindruck bekommen, daß es bei subkutaner Ernährung nicht so die eingeführten Nährstoffe sind, die bisweilen zu guten Resultaten führen, als daß es vielmehr sich um Immunisierungserscheinungen handelt, infolge deren eine bessere Ausnützung von Substanzen erzielt wird, die den injizierten analog sind. F.

C. S. Engel (Berlin), Welches sind die geringsten Anforderungen, die an eine Säuglingsmilch zu stellen sind? (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 11.) Die Mindestforderungen sind: 1. eine gesunde Kuh, 2. saubere Gewinnung der Milch, 3. schnelle Abkühlung derselben gleich nach dem Melken, sofern die Milch nicht sofort von der Kuh weg in den Besitz des Konsumenten kommt, der sie seinerseits aufzukochen und kühl aufzubewahren hat. Selbst diese Mindestforderungen sieht man oft nicht erfüllt, da so häufig jede Kontrolle fehlt, besonders bei dem großen

Quantum der vom Lande in die größeren Städte hineingebrachten Milch. Bei der so überaus wichtigen Frage, ob die dem Kinde zu bietende Milch einwandfrei oder durch Bakterienwirkung bereits stark verändert ist, ist es sehr zu wünschen, daß einem Milchprüfungsverfahren die weiteste Verbreitung verschafft wird, welches die größte Einfachheit mit genügender Genauigkeit verbindet. Das ist die sogenannte Alkoholprobe, die darin besteht, daß 68—69 $^0/_0$ iger, mit Pyridin denaturierter Alkohol, mit gleichen Teilen Milch vermischt (also z. B. je 1 Teelöffel voll), diese sofort zum Gerinnen bringt, wenn durch Bakterienwirkung bereits eine Milchveränderung bestimmten Grades, Umwandlung von Milchzucker in Milchsäure, eingetreten ist. Sauber gewonnene Milch, in welcher durch kühle Aufbewahrung sowohl die Bakterienentwicklung, als auch die Milchsäurebildung hintenan gehalten worden ist, gerinnt bei dieser Probe nicht.

E. erwähnt noch, daß es ihm gelungen ist, eine der Frauenmilch sehr ähnliche, „humanisierte Milch" zusammenzustellen, die schon von kleinsten Säuglingen gut vertragen wird. Es ist dabei nötig, der um die Hälfte mit Wasser verdünnten Kuhmilch ca. 3 g Albumin, 18 g Fett, 36 g Milchzucker zuzusetzen. Die Mutter bereitet jeden Morgen die Milch in folgender Weise: Es werden

1. $^1/_2$ l saubere Kuhmilch (10 Pf.)
2. $^1/_2$ l Wasser
3. ca. 15 g Butter, d. i. 1 abgestrichener Eßlöffel voll (4 Pf.)
4. 36 g Milchzucker, d. i. 2 Eßlöffel voll (7 Pf.) zusammen aufgekocht und lauwarm werden lassen. Dazu ist
5. $^1/_2$ Ei (der lauen Milch unter starkem Quirlen) hinzuzusetzen (3 Pf.).

Das Ganze wird dann kühl aufbewahrt und jede zur Nahrung dienende Portion vor dem Gebrauch angewärmt. Diese Mischung ist fast so billig wie 1 l Vollmilch und dürfte als billiger Ersatz für Backhausmilch verwendet werden; sie hat sich bei Kindern von wenigen Wochen bis zu 1 Jahr bestens bewährt. Grätzer.

Therese Oppler, Über Säuglingsernährung mit gelabter Vollmilch. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Januar 1904.) Erfahrungen an 222 Fällen, die zu folgenden Schlüssen berechtigen:

Indiziert ist gelabte Vollmilch 1. bei Schädigung des Organismus durch ausschließliche Mehl- oder Schleimernährung, 2. bei gewissen, noch nicht näher abgegrenzten, akuten Magendarmerkrankungen, 3. bei habituellem Erbrechen.

Kontraindiziert ist sie 1. im ersten Lebensmonat, 2. bei Erkrankung infolge Überernährung mit Milch.

Da ferner eine längere Zeit fortgesetzte Verabreichung von gelabter Vollmilch verschiedene Nachteile mit sich bringt, so empfiehlt es sich, die Ernährung nicht länger, als wenige Wochen beizubehalten.

Grätzer.

G. Rotondi, Über die Verdauungswirkung des Labferments. (Monatsschrift für Kinderheilkunde. Februar 1904.) Aus

seinen — hauptsächlich im Laboratorium der Breslauer Kinderklinik ausgeführten — Untersuchungen zieht R. folgende Schlüsse:

1. Während der Milchgerinnung durch Einwirkung des Labfermentes bildet sich ein neuer Eiweißkörper (Molkenprotein), welches durch die Spaltung des Kaseinogens entsteht und im Serum gelöst bleibt.

2. Der Stickstoff, welcher an der Bildung der Molkenproteine teilnimmt, stellt ungefähr den 10. Teil des gesamten Stickstoffgehaltes der Milch dar.

3. Das Molkenprotein der Milch ist zwischen die nativen Proteine und die primären Albumosen zu klassifizieren. Grätzer.

F. Schilling, Zur Sekretion der Speicheldrüsen, insbesondere der Glandula submaxillaris im Säuglingsalter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 3.) Nachdem durch verschiedene Untersuchungen festgestellt war, daß schon beim Neugeborenen im Parotisspeichel sich Diastase vorfindet und auch das Pankreas bereits tätig ist, lag es S. daran, die Zweifelsche Behauptung, daß des Neugeborenen Submaxillardrüse nicht vor Ende des zweiten Lebensmonates Diastase sezerniere, auf ihr Zutreffen für Neugeborene in vivo zu prüfen. Zunächst stellte er mittels sorgfältig ausgearbeiteter Methode positiv lautende Nachweise an der Submaxillaris von frisch geschlachteten, 2—3 Wochen alten Kälbern an. Zur Prüfung beim Säugling brachte S. in ein steriles Leinwandstück, das wie ein Schnuller zusammengefaltet war, nicht zu dicken Stärkekleister und schob ihn nach gründlicher Reinigung der Unterzungen- und Unterkiefergegend von etwaigen Speise- oder Speichelresten beiderseits in die Gegend der Caruncula sublingualis bei Kindern im Alter von 6 Tagen bis 6 Wochen. Durch rings um den Schnuller gelegte Watte wurde der Zufluß von anderer Mundflüssigkeit fern gehalten. Die Kinder saugten stark und nach 2 Minuten wurde ein zweiter Stärkekleisterzulp appliziert. Wurde jetzt vom Zulp ein wenig auf ein Deckglas gepreßt, so zeigte Jodzusatz deutliche hellrote oder blaßrote Färbung, nur in einem geringen Teil noch tiefblaue Farbe in den Stärkekörnchen an. Wurden beide Schnuller in ein sauberes steriles Reagensglas gebracht, etwas Fluornatriumlösung hinzugesetzt und der Inhalt mit Stärkekleisterlösung vermischt und 1—2 Stunden einer Temperatur von 40° ausgesetzt, so wurde stets die Trommersche Probe positiv erhalten. Die Zweifelsche Ansicht war damit widerlegt.

R. Hecker (München).

A. Ruckert, Über die sogenannten oberen Kardiadrüsen beim Menschen. (Virchows Archiv. Bd. 175. Heft 1. 1904.) Im Jahre 1897 beschrieb Jos. Schaffer in Wien im obersten Teile des Ösophagus Schleimdrüsen, die den unteren Kardiadrüsen der Speiseröhre vollkommen identisch waren. Er fand sie unter 10 Fällen 7 mal und schloß daraus, daß ihr Vorkommen beim Menschen sehr wahrscheinlich ein typisches sei. Die Drüsen wurden von ihm obere Kardiadrüsen des Ösophagus benannt.

R. untersucht außer einigen Speiseröhren von Erwachsenen auch zwölf von Neugeborenen und fand diese Drüsen in 6 Fällen. Das

Resultat seiner Arbeit gibt Verf. in folgenden Sätzen wieder: Die oberen Kardiadrüsen sind beim Menschen nichts Normales und führen diesen Namen nicht mit Recht, da derselbe etwas Normales präjudiziert. Die glandularen Erosionen des Ösophagus sind auf eine Entwicklungsstörung im fötalen Leben zurückzuführen. Dieselben geben leicht Anlaß zur Zystenbildung. Schridde (Erlangen).

Herm. Schridde, Über Magenschleimhautinseln vom Bau der Kardialdrüsenzone und Fundusdrüsenregion und den unteren, ösophagealen Kardiadrüsen gleichende Drüsen im obersten Ösophagusabschnitt. (Virchows Archiv. Bd. 175. Heft 1. 1904.) Da die Resultate dieser Arbeit, welche allein durch eine vom Verf. angewandte, im Original einzusehende Methode zur Auffindung der im Titel gekennzeichneten Gebilde ermöglicht wurden, mit den Ausführungen Ruckerts vielfach nicht im Einklang stehen und weiter neue Entdeckungen bringen, so dürfte es sich wohl empfehlen, in Kürze darüber auch in diesem Blatte zu referieren.

Es wurden 30 Leichen von Personen im Alter von 6 Monaten bis 68 Jahren untersucht. In 21 Fällen, also in 70⁰/₀, wurden die Magenschleimhautinseln gefunden. Der Sitz war immer im Anfangsteil des Ösophagus, und zwar in seinen Seitenbuchten. Gewöhnlich wurde in jeder Bucht eine Insel angetroffen. Die Flächenausdehnung war eine sehr verschiedene: neben mikroskopisch kleinen wurde auch eine Magenscheimhautinsel von den Durchmessern 23,5:9 mm beobachtet.

Mikroskopisch wurden keinerlei Befunde erhoben. In einigen Fällen fanden sich zwischen dem Pflasterepithel der Speiseröhre mündende, den unteren ösophagealen Kardialdrüsen gleichende Gebilde, zweitens Inseln, die vollkommen dem Kardialdrüsenteil des Magens glichen. Und schließlich machte Verf. noch die Entdeckung von wirklichen, kleinen „Magen", die bis ins kleinste den histologischen Bau des Magens in Kardia- und Fundusteil wiedergaben. „Es war also — cum grano salis — ein Magen im kleinen hoch oben im Ösophagus angelegt, ein Magen, der nicht nur die gleichen histologischen, der sogar die gleichen sekretorischen Eigenschaften besaß wie der normale menschliche Magen".

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß die definitive Auskleidung der Speiseröhre durch Metaplasie des entodermalen Epithels, sondern durch herabwanderndes, ektodermales Epithel erfolgt. Dis Magenschleimhautinseln sind die Reste der ursprünglichen Speiseröhrenauskleidung, die beim Grenzkampf des ektodermalen und entodermalen Epithels erhalten geblieben sind.

Interessant ist noch der Umstand, daß in den Speiseröhren von Säugetieren, von denen 19 verschiedene untersucht wurden, ähnliche Gebilde nicht nachgewiesen werden konnten. Schridde (Autoreferat).

T. Krassnobajeff, Ein Fall von Gastroptose (Glenardscher Krankheit) bei einem Mädchen von 11 Jahren. (Djetskaja Medizina. 1903. No. 1.) Einige Autoren, wie z. B. Ewald, Stiller u. a., sind geneigt, das Zustandekommen der Gastroptose durch angeborene

Veranlagung zu erklären. Diese Anschauung würde eine überaus wichtige Stütze finden, wenn es gelingen könnte, das Auftreten der Magenptose und der durch sie bedingten Erscheinungen schon im Kindesalter nachzuweisen, da dieses ja von der Mehrzahl derjenigen schädlichen Momente frei ist, welchen die Entstehung der Magensenkung in der Regel zugeschrieben wird (Korsettragen, Schwangerschaft u. dergl.). Derartige Beobachtungen sind jedoch in der Literatur nicht niedergelegt. Deshalb ist von Interesse der von K. mitgeteilte Fall, durch welchen das Vorkommen der Gastroptose auch bei Kindern bewiesen wird. Das ins Krankenhaus aufgenommene 11 jährige Bauernmädchen klagte über sichtliche Abmagerung im Laufe der letzten 4 Monate, über Leibschmerzen, Aufstoßen, Sodbrennen und ganz besonders über häufiges Erbrechen. Bei der Untersuchung wurde deutliches Plätschergeräusch in der Magengegend konstatiert; die untere Magenkurvatur verlief 1—2 Finger breit unterhalb des Nabels, die obere Kurvatur 3—4 Finger breit unterhalb des Schwertfortsatzes. Im übrigen wurde nichts Abnormes gefunden. Durch die fernere Beobachtung konnte das Fehlen jeglicher Erkrankung des Magens selbst nachgewiesen werden. Die motorische Funktion und die resorbierende Tätigkeit des Magens wurde bei wiederholten Versuchen mit Salol und Jodkali für normal befunden. Demnach handelte es sich hier um einen reinen Fall von Gastroptose. Das Kind erholte sich vortrefflich bei indifferenter Behandlung und seinem Alter angepaßter Diät. A. Dworetzky (Moskau).

A. Philippoff, Über die atonische Magenerweiterung bei Kindern. (Prakticzesky Wratsch. 1903. No. 16 u. 17.) Der Autor weist darauf hin, daß die atonische Magenerweiterung der Kinder in der modernen intelligenten Gesellschaft immer mehr zunimmt und daß die Ärzte dieser Erkrankung nicht die gebührende Beachtung schenken. Die in erster Linie in Betracht kommenden ätiologischen Momente für die atonische Magenektasie sind zu suchen in dem Mißbrauch von Speise und Trank einerseits und in der im Gefolge von überstandenen Krankheiten, verweichlichender Erziehung und anderen Ursachen sich einstellenden Schwäche des Organismus andererseits. Der fernere Verlauf der Krankheit ist durch die Belastung des Magens mit den stagnierenden, gärenden, gasbildenden Speisemassen und durch die Vergiftung des Körpers mit den sich entwickelnden Toxinen bedingt. Das Krankheitsbild in seiner typischesten Form setzt sich zusammen aus den dyspeptischen und katarrhalischen Erscheinungen von seiten des Magendarmkanales und aus den Symptomen der Anämie, mitunter des Arthritismus und der zerebralen Neurasthenie. Aus den leichteren Formen der Magenerweiterung findet ein allmählicher Übergang zu den schwereren und schwersten statt. Was die Diagnose betrifft, so sind viele alte Untersuchungsmethoden, welche bei der Ectasia ventriculi der Erwachsenen in Anwendung gezogen werden, wie z. B. die Sondierung, die Magenaufblähung mit großen Dosen brausender Gemische u. dergl. für das kindliche Alter überflüssig, beschwerlich und nicht ungefährlich. Als geeignetere diagnostische Hilfsmittel empfiehlt der Verf. den Nachweis des Plätschergeräusches

5—6 Stunden nach dem Essen, die sorgfältige Perkussion des leeren und ein wenig gefüllten Magens in stehender und liegender Stellung, die wiederholte Messung des Bauchumfanges und des Epigastriums und endlich die Auskultation mittels des Phonendoskopes; letzterer Methode mißt er eine große Bedeutung bei. Die prophylaktischen Maßnahmen bestehen in der nachdrücklichsten Warnung der Eltern vor der eingewurzelten Unsitte, die Kinder zu überfüttern, wobei ihnen besonders in dem Gebrauch von Milch und überhaupt von Getränk keine Schranken auferlegt werden. Außer der Beseitigung der effektiven Ursache (der Überfütterung) und der katarrhalischen Erscheinungen von seiten des Magens rät noch der Autor zur Behandlung mit toxischen Bittermitteln (Strychnin), temporär mit Abführmitteln, in der Hauptsache aber mit Massage des Magens und Darmes und entsprechender Gymnastik; des weitern kommt in Betracht eine Kräftigungs- und Abhärtungskur an der Seeküste, auf dem Lande, allerlei Sport, Eisen, Arsen und Fleischsaft. Soll die Genesung eine vollständige und andauernde sein, so ist eine aufmerksame Überwachung des kranken Kindes und ein strenges Regime von etwa zwei Jahren ein unerläßliches Erfordernis. A. Dworetzky (Moskau).

D. A. Belilios, Akute Dilatation of the stomach without apparent cause. (British medical Journal. 1903. S. 74.) Der 9 Monate alte Knabe wurde eines Morgens 2 Stunden nach dem Trinken tot im Bett gefunden, ohne daß vorher Krankheitserscheinungen vorhanden gewesen wären. Bei der Autopsie fanden sich keinerlei Veränderungen, außer einer Dilatation des Magens, für die eine Ursache nicht nachgewiesen werden konnte, weder die Schleimhaut noch die Muskulatur des Magens zeigte irgend eine Veränderung. Schreiber (Göttingen).

Cesare Cattaneo, Über ein neues Organpräparat (Paraganglina Vassale) und seine Anwendung in der Kinderpraxis. (La Pediatria. November 1903.) Das von Vassale bereits bei Erwachsenen mit Erfolg angewandte Präparat besteht in einer Glyzerinlösung der Marksubstanz von Rindernebennieren. Es enthält ein vasokonstriktorisches Prinzip, Lecithin und diastatische Fermente. Vasalle hat es besonders bei gastrointestinaler Atonie gebraucht, er und andere (Guicciardi, Mainardi, Monari usw.) haben sowohl bei Darreichung per os wie bei Anwendung per clysma gute Resultate gehabt. Verf. hat das Mittel bei 5 Kindern in Dosis von 40 Tropfen pro die angewandt. In allen Fällen handelte es sich um atonische Zustände des Magens und Darms; der Erfolg war ein ausgezeichneter: Die Obstipation verschwand, die Magendämpfung verkleinerte sich, der Allgemeinzustand und Appetit besserten sich. F.

J. Cassel, Über die Indikationen zur Magenausspülung bei Säuglingen. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1904. No. 6.) Epstein hat bekanntlich die Magenausspülung beim Säugling bei fast jeder Verdauungsstörung desselben empfohlen: beim akuten Magendarmkatarrh, bei den epidemischen Sommerdiarrhöen, beim Brechdurchfall, bei habituellem Erbrechen mit Gewichtsstillstand, beim dys-

peptischen Erbrechen künstlich genährter Kinder, bei der Eklampsia ex ingestis, bei Vergiftungen. Nach C.s Erfahrungen kann das Gebiet aber erheblich eingeschränkt werden, da oft schon entsprechende diätetische Maßnahmen allein zum Ziele führen, so beim akuten Magendarmkatarrh, bei der Sommerdiarrhöe, bei Cholera infantum; allerdings kann ja hier eine einleitende Magenausspülung den Krankheitsverlauf bedeutend abkürzen, durchaus notwendig ist sie aber hier nicht, ebensowenig wie bei mancher Form des Erbrechens, z. B. infolge Überfütterung. Zwecklos ist sie beim Pyloruskrampf oder der Pylorusstenose, wo C. mit folgender Medikation am besten gefahren ist:

Rp. Sol. acid. mur. 0,25:90,0
Tct. thebaic. gtt. II—III
Syr. Alth. ad 100,0
D. S. 5 Minuten vor jeder Mahlzeit 1—2 Teelöffel.

Wesentlich überlegen ist die Magenausspülung den anderen Methoden bei bestimmten Affektionen. Vor allem bei der Atonia ventriculi, wie sie so oft bei künstlich genährten Arbeiterkindern vorkommt. Hier wirkt eine einzige Magenausspülung (eventuell ist dieselbe zu wiederholen) oft ausgezeichnet und auf die Dauer, sobald dann eine Regelung der Diät stattfindet. Dasselbe ist der Fall bei der Diarrhoea ablactatorum. Die wichtigste Indikation aber bilden Vergiftungen. C. hat die Magenausspülung mit Erfolg ausgeführt bei Vergiftungen mit Lysol, Karbol, Salpetersäure, Bromoform, Mohnsaft, Morphium. Bei schweren Verätzungen ist allerdings Vorsicht geboten.

Kontraindikationen für die Magenausspülung bilden Kollapszustände, entzündliche Erkrankungen des Respirations- und Zirkulationsapparates, Tetanie, Eklampsie, Laryngismus stridulus. Grätzer.

G. Edlefsen, Über den Wert des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1904. No. 4.) Schon seit langem hat E. die Erfahrung gemacht, daß bei den durch die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch verursachten Dyspepsien der künstlich ernährten Säuglinge in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch die Darreichung von Pepsin weit bessere Erfolge zu erreichen waren, als durch Zuführung von Salzsäure. Im Laufe der Zeit gelangte er immer mehr dazu, für jeden Fall dieser Art die Behandlung mit Pepsin zur Regel zu machen, das vortreffliche Wirkung ausübte. Nur ganz selten sah er sich veranlaßt, statt dessen Salzsäure zu geben, indem Pepsin versagte. Jedenfalls gelangte er zu dem Schluß, daß die Dyspepsie der Säuglinge oder die durch ihren Eintritt bewiesene Unfähigkeit des Magens, das Kasein genügend zu verdauen, weit häufiger in einem Mangel an wirksamem Pepsin im Magensaft, als in einer ungenügenden Salzsäuresekretion begründet sei. Natürlich verspricht die Anwendung des Pepsins nur dann Erfolg, wenn alles, insbesondere das Verhalten der Ausleerungen darauf schließen läßt, daß die Dyspepsie des Pat. der Unfähigkeit des kindlichen Magens, die zugeführte Nahrung, d. h. also in der Regel die verdünnte Kuhmilch zu verdauen, ihre Entstehung verdankt. Pepsin ist um so mehr indiziert, je jünger der

Säugling zur Zeit der Erkrankung ist. Bei Kindern, die das Säuglingsalter überschritten haben, und bei anderen Formen oder anderer Begründung der Dyspepsie, vor allem bei der Cholera nostras, bewährt sich in der Regel Salzsäure besser. Dagegen bilden die sogenannten dyspeptischen Diarrhöen, die so oft bei künstlich ernährten Säuglingen, gelegentlich freilich auch bei Brustkindern auftreten, recht eigentlich die Domäne für die erfolgreiche Pepsinbehandlung, jene Darmkatarrhe, bei denen schon die Stühle zeigen, daß die Milch nur unvollkommen verdaut wurde, und die dadurch entstehen, daß die Nahrung in nicht genügend vorbereitetem Zustande vom Magen in den Darm übertritt und hier leicht einer abnormen Zersetzung anheimfällt, die dann eine katarrhalische Erkrankung des Darmes hervorruft. E. hat in hunderten solcher Fälle diesen Katarrh bei der Pepsinbehandlung ohne Zuhilfenahme eines antidiarrhoischen Medikamentes und meist auch ohne Unterbrechung der Milchernährung in kürzester Frist schwinden sehen; sehr gewöhnlich nehmen die Ausleerungen schon in wenigen Tagen ihr normales Aussehen wieder an, und blieb auch ferner bei mehr oder weniger lange fortgesetztem Pepsingebrauch die Verdauung eine völlig normale. E. benutzte fast stets das trockene deutsche Pepsin von Witte; auch die Scheringsche Pepsinessenz ist wirksam, aber teurer und Kindern weniger angenehm. E. zweifelt nicht, daß auch bei Säuglingen Fälle von Dyspepsie vorkommen, die besser auf Salzsäure als auf Pepsin reagieren; aber das sind Ausnahmen, und man kann ja auch ruhig beides kombinieren, wenn man ganz sicher gehen will. Jedenfalls zeigen aber die Erfahrungen E.s, die unter ungünstigsten Bedingungen, meist in der Armenpraxis, gesammelt sind, daß tatsächlich die Salzsäure bei der Behandlung von Verdauungsstörungen im Säuglingsalter in der Regel ganz zu entbehren ist und die Pepsinbehandlung allen Anforderungen genügt, die zudem auch recht billig ist. 5 g des trockenen deutschen Pepsins kosten im Handverkauf 25—30 Pf., und damit reicht man eine Woche, da man unmittelbar vor der Flasche ein kleines Häufchen auf einem Teelöffelstiel (etwa 0,25 g) in einem Teelöffel lauwarmen Wassers gelöst gibt, meist aber auch 3—4 malige Darreichung dieser Menge pro die genügt. Will man in der besseren Praxis genauer dispensieren, so verordnet man 20 Pulver à Pepsin sicc. Germ., Sacch. lact. āā 0,25 und läßt täglich 3—4 Stück nehmen, oder will man in Verbindung mit Salzsäure ordinieren, so gibt man 3 g Pepsin auf 100 g Wasser, wovon 3stündlich 1 Teelöffel zu nehmen wäre.

Grätzer.

A. Weiss (Wien), Erfahrungen aus 40jähriger Kinderpraxis. I. Die Magendarmstörungen im Säuglingsalter. Bei Dyspepsie der Säuglinge gibt W. neben hygienisch-diätetischen Vorschriften am liebsten:

Rp. Acid. mur. dil. gtt. VI.
Tct. Cassarill.
Tct. Ratanh. āā gtt. X.
Aq. dest. 70,0
Syr. simpl. 10,0
S. 2stündl. 1 Kaffeelöffel.



Bei Dünndarmkatarrh der Säuglinge bewährte sich am besten Tannigen, das er in folgender Weise verordnet:

Rp. Tannigen 0,3
Paulin. Sorbil. 0,05
D. tal. dos. Nr. XII
S. 4 × tägl. 1 Pulver.

Grätzer.

H. Schirokauer, Über Tanokol. (Aus Dr. Parisers Sanatorium in Homburg.) (Die Therapie der Gegenwart. Juni 1903.) Tanokol erwies sich u. a. bei Fällen von heftigem subakutem Darmkatarrh bei Kindern in Dosen von 0,5 g 3—4 mal täglich sehr wirksam.

Grätzer.

Kinner, Das kolloidale Wismutoxyd bei den Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. (Aus der Straßburger Säuglingsheilstätte.) (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 29.) Das von Kalle & Co. hergestellte Präparat, eine eigenartige Verbindung des lysalbin- und protalbinsauren Natrons und des Wismutmetahydroxyds, enthaltend 20 % metallisches Wismut (= 22,3 % Wismutoxyd), löst sich in kaltem und heißem Wasser. Die 10 %ige wäßrige Lösung erwies sich als recht brauchbar; sie wurde in abgedrückter Frauenmilch oder in jeder künstlichen Säuglingsnahrung durch die Saugflasche ohne weiteres genommen, ohne je Erbrechen zu erregen. Sie bewirkte recht häufig sofortiges Eintreten guter Stühle unter andauernder Gewichtszunahme; die Stühle wurden auch bald seltener und weniger kopiös. Meist genügten 3—4 tägliche Gaben von 5 ccm der 10 %igen Lösung. Die gemachten Erfahrungen erlauben es, das Bismutum colloidale bei akuten wie nicht allzu weit vorgeschrittenen chron. Darmstörungen dem Kinderarzt zu empfehlen. Es leistet beim Säugling mindestens so viel, als alle bisher gebräuchlichen Präparate, wird leichter in den Darm eingeführt und ist frei von Magenreiz und und sonstigen Nebenerscheinungen. Ein Darmadstringens von so günstiger Wirkung, welches in löslicher Form vom elendsten Säugling gern genommen, nie Erbrechen hervorruft und nie ungelöst ausgeschieden wird, verdient allseitige Nachprüfung. Dosen von 0,25 bis 0,5 g 3—6 mal täglich scheinen den besten Erfolg zu versprechen.[1])

Grätzer.

[1]) Dazu schreibt noch Privatdoz. Dr. Siegert in der Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 32 folgendes: „Auch im weiteren Verlauf hat sich bei sehr zahlreichen Fällen das kolloidale Wismutoxyd derart bewährt, daß es als einziges Darmadstringens nunmehr in der Säuglingsheilstätte verwendet wird. Hinzuzufügen ist, daß es ohne jedes Vehikel in 5—10 %iger Lösung selbst da genommen und vertragen wird, wo Eiweißwasser oder Wasser in kleinster Menge sofort erbrochen werden. Auch Dosen von über 1 g werden gut vertragen und sind zuweilen zweckmäßig. Ausnahmslos aber muß vor seiner Anwendung der Verdauungstraktus von allem schädlichen Inhalt befreit sein, was durch Magendarmspülung, einmalige Gabe von Rizinusöl und physiologische Kochsalzlösung als einziges Getränk während der ersten 24 Stunden am besten erreicht wird. Bei diesem Vorgehen und sachgemäßer Indikationsstellung steht das kolloidale Wismutoxyd keinem ähnlichen Präparat nach, während es alle übertrifft durch die leichte Einverleibung und konstante Wirksamkeit. Seine Leistungsfähigkeit gegen hartnäckiges Erbrechen des Säuglings bei natürlicher wie künstlicher Ernährung bedarf noch eingehender Prüfung.“

B. Laquer, Über die therapeutischen Effekte des Bismuts und seiner Verbindungen (namentlich der Bismutose). (Arch. de méd. des enf. Juni 1903.) Bismut und dessen Verbindungen haben nicht nur eine mechanische Einwirkung auf Katarrhe und Geschwüre des Magendarmtraktes, sondern, wie Fuchs nachgewiesen hat, wahrscheinlich auch eine chemische. Andererseits darf nicht die antiseptische Wirkung dieser Substanzen vergessen werden, wodurch die Fäulnis albuminoider Körper hintangehalten wird, während infolge der katalytischen Kraft des Bismuts das Bismutprotoxyd imstande ist Sauerstoff zu binden, zu verdichten und dann an andere Körper abzugeben. Das Bismutum subnitricum wird durch die Magen- und Darmsäfte in Bismutprotoxyd umgewandelt, welches in die Gewebe eindringt und auf die Neoformation der Epithelien in ganz spezifischer Weise einwirkt. Die Bismutose ist den anderen Bismutverbindungen vorzuziehen, da dieselbe energischer einwirkt, sich langsamer und regelmäßiger zerteilt. Im allgemeinen gibt man 6 g Bismutose pro Tag in Gummischleim. Bei Cholera nostras, akutem Darmkatarrh und chronischer Enteritis wurden damit sehr gute Erfolge erzielt.

E. Toff (Braila).

Max Schottelins, Über die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Freiburg i. B.) (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie. Bd. 6. Heft 3.) Nachdem durch Duclaux zuerst experimentell nachgewiesen war, daß der Aufbau der organischen Substanz in den Pflanzen nur unter Mitwirkung von Spaltpilzen stattfinden kann, und daß aseptisch sterilisierte, aber keimfähig erhaltene Pflanzensamen in bakterienfreier Gartenerde sich nur so weit entwickelt, als die im Samenkorn selbst enthaltenen Nährwerte und die Wasseraufnahme in Betracht kommen, Apposition neuer organischer Substanz aber nicht stattfindet, begann man auch die Bakterien des tierischen und menschlichen Nahrungstraktus mit andern Augen anzusehen, indem man sich der Mutmaßung nicht länger verschließen konnte, daß auch die Mitwirkung dieser Bakterienflora bei der Ernährung von Tier und Mensch eine wesentliche Rolle spielen müsse.

In Verfolg dieses Ideenganges gelang es nun bald, festzustellen, daß die Zahl und Arten dieser Bakterien etwa proportional der höher stehenden Art des Wertes zunehmen und daß der Mensch, namentlich die größte Mannigfaltigkeit und Menge von Darmbakterien aufweist. Schwierigkeiten für die Beurteilung ergaben sich allerdings daraus, daß die Züchtung der Bewohner der Mundhöhle, z. B. deren Vielfältigkeit übrigens durch peinlichste Reinhaltung und den Gebrauch antiseptischer Mundwässer nicht beeinträchtigt wird, auf künstlichen Nährboden mit vereinzelten Ausnahmen nicht gelingt und aus der Erwägung, daß für den übrigen Intestinaltraktus die Verhältnisse wohl kaum anders liegen dürften, da eigentlich nur der Milchsäurebazillus und das Bacterium coli außerhalb des Körpers kultiviert werden können.

Es ist daher jeder Versuch, das für die Ernährung der Pflanzen festgestellte Gesetz auf seine Geltung auch für den animalischen

Organismus zu prüfen, um so mehr aufs dankbarste zu begrüßen, als man sich von vornherein die großen technischen Schwierigkeiten, die der Lösung dieser Aufgabe entgegentreten, nicht verhehlen kann.

Sch., der zunächst darauf ausging, den Einfluß des erwähnten Moments für die Ernährung des Hühnchens zu ermitteln, gelang es nun zunächst auf Grund eingehender und exakter Vorstudien ein Verfahren zu finden, um so die auf und teilweise in der Eierschale befindlichen niederen Pilze ohne Beeinträchtigung der Keimfähigkeit des Hühnereis bezw. ohne Schädigung des schon entwickelten Hühnchens zu vernichten und so das letztere nicht nur vollständig steril zum Ausschlüpfen zu bringen, sondern auch längere Zeit unter Ausschluß von Spaltpilzen am Leben zu erhalten. Durch 6jährige Versuche wurde das Verfahren derartig vervollkommnet, daß eine ständige bakteriologische Kontrolle der Sterilität aller in Betracht kommender Materialien schließlich ausnahmslos Keimfreiheit ergab. Dahin gehörten vor allem die Sterilität der nach Beendigung des Versuches in Nährgelatine eingeschmolzenen Hühnchen selbst, aber auch vorher schon die der charakteristisch geformten Dejektionen der Versuchstiere, sowie die einzelner Federn und der Futterstoffe, mit denen die jungen Tiere aufgezogen werden. In dieser Weise wurden im ganzen 22 Versuche durchgeführt und in allen Fällen mit dem Resultat, daß die sterilen Hühnchen nie länger als 30 Tage, selten länger als 14 Tage am Leben erhalten werden konnten, also nur wenig länger, als ein unter gewöhnlichen Verhältnissen ausgebrütetes Hühnchen ohne Nahrung am Leben bleibt. Bei steriler Züchtung und steriler Nahrungsaufnahme trat niemals eine Gewichtszunahme sondern nur eine Abnahme bis zu 32 % des ursprünglichen Körpergewichts ein, während die nicht steril ernährten Kontrolltiere einen Zuwachs von 117 % des ursprünglichen Gewichts in der gleichen Zeit aufwiesen. Die steril gehaltenen Tiere sind dabei sehr viel unruhiger als die unter normalen Verhältnissen lebenden und jagen fortwährend nach Nahrung umher, die sie unausgesetzt herunterschlingen. Durch absichtliche Infizierung der sterilen Nahrung mit einer Aufschwemmung von normalem Hühnerkot konnten übrigens die Kräfte stark heruntergekommener und dem Absterben naher Hühnchen wiederhergestellt und die Tiere dem Leben zurückgegeben werden; auch Reinkulturen des Bact. coli gallinarum hatten denselben unmittelbaren und drastischen Erfolg.

Eschle (Sinsheim).

Luigi Concetti, Die Behandlung der akuten gastrointestinalen Toxi-Infektionen der Kinder. (Rivista di Clinica Pediatrica. No. 10. 1903.) Verf. läßt in schweren Fällen eine Zeitlang — eventuell während 24—36 Stunden — nur Wasser trinken; auch wo es sich um Brustkinder handelt, läßt er diese strenge Diät einhalten. Drohende Herzschwäche wird durch Tee- und Kaffeeinfusionen mit etwas Kognakzusatz bekämpft. In leichten Fallen gibt er nach vorhergehender Darreichung von Purgantien Salol (0,5—1,0 g pro die) oder Benzonaphthol (0,3—0,6). Wenn die Erkrankung im Dickdarm lokalisiert ist, so macht er Ausspülungen mit Wasser und läßt dann eine Injektion von 30—50 g 2—3 ‰iger Protargollösung folgen. F.

John Zahorsky, Muco-Membraranous Colitis in Children. (Interstate Medical Journal. Bd. 9. No. 5.) Bericht über einen Fall von sogenannter Smithscher Schleimkrankheit bei einem 4jährigen Mädchen.

Im Anschluß an seinen Fall erörtert Verf. die Frage, ob diese Affektion eine selbständige sei oder ob sie mit der Enteritis membranacea der Erwachsenen identisch sei. Die zweite Annahme scheint ihm mehr für sich zu haben.

Somit sollte die Bezeichnung „Schleimkrankheit“ überhaupt fallen gelassen werden, unter Beibehaltung des Ausdrucks „Schleimig-membranöse Colitis“.

Der Zustand ist im Kindesalter selten. Leo Jakobi (New York).

H. Roeder, Anwendung von Moulagentechnik für Lehrzwecke in der Pädiatrie. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 36. Heft 3—6.) Der Wert plastischer, in Form und Farbe naturgetreuer Nachbildungen von Krankheitsbildern für Lehr- und Demonstrationszwecke ist längst erkannt und hat zu reichen Sammlungen, besonders von Modellen der Hautleiden geführt. Diese Wachsmodelltechnik hat dadurch eine wesentliche Bereicherung erfahren, daß es dem Verf. gelang, gemeinsam mit dem Bildhauer F. Kolbow nach einem von letzterem erfundenen Verfahren naturgetreue Nachbildungen normaler und pathologischer Säuglingsstühle herzustellen. Bei der großen diagnostischen Bedeutung, die dem makroskopischen Aussehen des Säuglingsstuhles zukommt, ist es zu begrüßen, daß wir nun in der Lage sind, an Stelle der nicht konservierbaren und nicht immer gerade vorhandenen verschiedenen Säuglingsstühle den Studierenden und der auszubildenden Pflegerin eine wenigstens gute Nachbildung zum Studium von Farbe, Form und Qualität zu zeigen.

Hutzler (München).

G. v. Ritter, Über Bandwurmkuren im Kindesalter. (Aus Prof. Ganghofners Kinderklinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 5.) Ein von Jungclaussen in Hamburg dargestelltes Extrakt aus Kürbiskernen wurde in letzter Zeit in der Klinik mit gutem Erfolg bei Bandwurmkuren benutzt. Das Präparat ist ein reiner Auszug der vollständig entfetteten und enteiweißten, sowie von Magnesiumphosphat befreiten Kürbiskerne, ohne jeden Zusatz, ohne jede schädliche Substanz; es stellt eine dickliche, schwarzbraune Masse von nicht unangenehmem Geschmacke dar. Es wurden damit 17 Fälle behandelt, und zwar 16 Fälle von Taenia solium, ein Fall von Taenia mediocanellata; zwei betrafen Erwachsene, 15 Kinder von 14 Monaten bis 9 Jahren. 3mal hatte das Mittel gar keinen Erfolg, 3mal gelang die Abtreibung erst bei Vornahme einer zweiten Kur, bei den übrigen gelang die Kur beim erstenmal und verlief ohne Störungen und ohne Nachwirkungen, indem der Wurm in 5 bis 10 Stunden abging. Das Mittel wurde stets gut genommen und vertragen, machte absolut keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Nachdem Pat. den Abend vorher ein Klysma oder 2 Babypurgenpastillen bekommen und zu Abend nur Suppe oder etwas Kaffee erhalten, wurde das Mittel am nächsten Morgen in einer Tasse Tee

verabreicht, zur Belohnung dann 1—2 wohlschmeckende Purgenpastillen à 0,2 gegeben. 2 Stunden nach dem Einnehmen wurde Rizinusöl gereicht, und sobald nach 4 Stunden noch kein Stuhl erfolgt, ein Klysma appliziert, eventuell mehrfach wiederholt; überhaupt darf man mit Darmirrigationen nicht sparen, da eventuell sie erst den Skolex herausbefördern. Das Präparat erwies sich also als ungiftig und wirksam, ist aber leider etwas teuer. Grätzer.

A. Heller, Über Oxyuris vermicularis. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Bd. 76. Heft 1 u. 2. S. 20.) An der Hand von Zitaten aus einigen Lehrbüchern zeigt H. (Kiel) wie falsche Ansichten über das Leben und Vorkommen von Oxyuris vermicularis herrschen, und doch ist die Kenntnis der Entwickelungsgeschichte „die unerläßliche Vorbedingung für das erfolgreiche ärztliche Vorgehen gegen diesen zwar kleinen aber unerträglichen Quälgeist". Auf Grund vieljähriger Studien an der Leiche und von Brutversuchen macht H. folgende entwickelungsgeschichtliche Angaben, die er durch zahlreiche Illustrationen erläutert:

Das ganze Leben der Oxyuris läuft in einem und demselben Wirt ab. Gelangt ein reifes Oxyurenei in den Magen, so sprengt der Embryo die Schale und begibt sich sofort in den Dünndarm. Hier entwickelt sich der Embryo bis zur Geschlechtsreife, die nach einer 2—3 maligen Häutung erreicht ist. Nun findet die Begattung statt, die wahrscheinlich im Coecum und Processus vermiformis fortgesetzt wird, da man an beiden Orten neben Weibchen große Mengen von Männchen findet.

Die befruchteten Weibchen sammeln sich im Coecum und im Processus vermiformis und verweilen hier am längsten. Nach der Entwicklung der Eier beginnen die Weibchen in den Dickdarm aufzusteigen; hier setzen sie bald auf die Kotballen, bald in den Schleimüberzug des Dickdarms ihre Eier ab, sie kriechen aber auch aus der Aftermündung und setzen die Eier in deren Umgebung ab.

Die ganze Entwickelung von Einführung der reife Embryonen enthaltenden Eier in den Mund des Menschen bis zur vollen Geschlechtsreife mit Eierentwicklung in den jungen Weibchen dauert etwa 5 Wochen. Die Ansteckung geschieht fast stets mittels beschmutzter Finger durch Übertragung von den aus dem Darmkanal abgegangenen Eiern nach dem Munde. Untersucht man den Schmutz unter den Fingernägeln bei Oxyurenträgern, so vermißt man selten reife Eier.

Übertragung der Eier durch Wind auf Nahrungsmittel kommt kaum in Betracht, da die Eier Austrocknung kaum ertragen.

Die Therapie hat eine dreifache Aufgabe zu lösen: die junge Brut muß aus dem Dünndarm entfernt werden, der Dickdarm ist von Erwachsenen Tieren zu reinigen, der Pat. ist vor neuer Erwerbung zu schützen.

Zur Einhaltung der ersten Forderung empfiehlt H. Kalomel, da es auch den Darmschleim wegschafft. Danach kann Santonin, dann wieder ein Abführmittel gereicht werden.

Zur Entleerung des Dickdarms sollen in Knie-Ellbogenlage

1—3 l 0,2—0,5%iger Lösung von Sapo medicatus eingegossen werden. Die Kur ist nach 8 Tagen zu wiederholen.

Zur Verhütung einer neuen Infektion müssen auch die Hausgenossen die Kur machen. Hugo Starck (Heidelberg).

H. Salzer, Ein Fall von vollständigem Darmverschluß nach Verletzung durch stumpfe Gewalt. (Aus der II. chirurg. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 47.) 8 Wochen vor dem Spitalseintritt bekam der 6jährige Knabe einen Stoß durch die Wagendeichsel in die obere Bauchgegend. Das Kind hatte nach dem Trauma nur kurze Zeit Schmerzen und fühlte sich tags darauf ganz wohl, 3 Tage später jedoch, angeblich nach einem Diätfehler, zeigten sich plötzlich Symptome von Darmverschluß, die bis zu der 8 Wochen nach der Verletzung erfolgten Operation anhielten.

Es müssen hier Verhältnisse durch das Trauma geschaffen worden sein, wie sie sich nur äußerst selten finden, die aber Schloffer auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen schon anführt, wenn er sagt, daß „auch partielle Zerstörung des Darms, selbst unvollständige Risse seiner Wand zu den Erscheinungen der Darmstenose führen können; auch eine Abknickung der Darmwand kann eine ähnliche Rolle spielen“.

Leider war es wegen des Zustandes des Pat. nicht möglich, die verletzte Darmpartie durch Resektion zu gewinnen, um an dem Präparate genauere anatomische Untersuchungen zu machen — die Enteroanastomose war bei der großen Differenz der beiden Darmlumina erheblich rascher auszuführen als die Resektion — doch glaubt S., läßt sich nach dem bei der Operation gemachten Befunde das Krankheitsbild vollständig erklären.

Es war das Mesenterium im Knickungswinkel erheblich verdickt, von dieser Stelle aus, sich auch am Darm ansetzend, zog ein Adhäsionsstrang in die rechte Fossa iliaca, von Narbengewebe in der Darmwand nichts zu sehen und zu fühlen. Das Trauma hatte den Darm in der Nähe des Mesenterialansatzes und das Mesenterium selbst an dieser Stelle gequetscht, am Darm war es vielleicht nur zu einem Serosariß gekommen. An dieser so verletzten Stelle kam es nun zu einer zirkumskripten, fibrinösen Peritonitis, die einerseits zu einer Adhäsionsbildung, andererseits dazu führte, daß das Mesenterium sich verkürzte, wodurch eine Abknickung des Darms bedingt wurde. Durch allmähliches Weiterschrumpfen des Mesenteriums wurde die Knickung des Darms immer mehr ausgesprochen, es wurde dadurch eine Art Sporn gebildet, der bei Aufblähung des zuführenden Schenkels gegen den abführenden gedrängt wurde und so den Darmverschluß herbeiführte.

Angeblich soll auch der Knabe am vierten Tage nach dem Trauma einen Diätfehler begangen haben und so trat der Darmverschluß schon so bald nach der Verletzung auf.

S. glaubt, daß der Fall besonders deutlich zeigt, wie schwierig es ist, bei Verletzungen des Abdomens durch stumpfe Gewalt eine Prognose zu stellen, und wie richtig der Standpunkt ist, den die meisten Autoren derzeit einnehmen, wenn irgend bedrohliche Symptome auftreten, sogleich die Laparotomie zu machen und dann zu

tün, was der Fall erfordert. Wenn dieser Fall trotz lange zuwartender Behandlung schließlich doch gerettet wurde, so spricht er doch sicherlich für ein derartiges Vorgehen. Grätzer.

J. H. White, Strangulated oblique Inguinal Hernia in a child 11 days old. Operation. (Medical Record, den 22. August 1903.) Inkarzerierter indirekter Leistenbruch bei einem 11 Tage alten Kinde. Bereits am fünften Tage nach der Geburt kam der Bruch zum Vorschein, konnte aber in der Chloroformnarkose reponiert werden. Später trat der Bruch wieder heraus und alle Repositionsversuche mißlangen. Es wurde nun zur Herniotomie geschritten. Das Kind lebt und ist gesund. Leo Jacobi (New York).

Hans Haberer, Zur Kasuistik der Folgezustände forcierter Taxisversuche bei inkarzerierten Hernien. (Aus der I. chirurg. Universitätsklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 49.) Drei bemerkenswerte Beobachtungen, von denen folgende zwei, deren Überschriften wir wiedergeben, Kinder betreffen:

1. Fall. $4^1/_2$jähriger Knabe mit Hernia inguinal. incarcerata dextra. Inkarzeration seit 2 Tagen. Reposition des gangränösen Darmes außerhalb der Klinik. Peritonitis; Herniolaparotomie mit Verlagerung des gangränösen Darmes. Tod am zehnten Tage nach der Operation.

2. Fall. $2^1/_2$jähriger Knabe mit Hernia inguinal. incarcerata dextra. Inkarzeration seit 3 Tagen. Vergebliche Taxisversuche außerhalb der Klinik mit vielfachen Zerreißungen des Mesenteriums der inkarzerierten Darmpartie. Radikaloperation, Heilung.

Solche Beobachtungen haben in der v. Eiselsbergschen Klinik zu folgendem Verhalten inkarzerierten Hernien gegenüber geführt: Es wird nur ein sehr vorsichtiger Taxisversuch im Bade ausgeführt; waren schon außerhalb Taxisversuche vorgenommen worden, so unterbleiben solche in der Klinik, und es wird sofort operiert. Grätzer.

H. J. Curtis, Ein Fall von Blasenhernie vergesellschaftet mit einem Leistenbruch. (The Brit. med. Journ. 11. Juli 1903.) Ein $2^1/_2$ Jahre alter, wohlgenährter Knabe wurde zur radikalen Operation seines rechtsseitigen Leistenbruchs ins University College Hospital gebracht. In Chloroformnarkose wurde der Leistenkanal eröffnet. Der Bruchsack war leer, nur an der hinteren Wand zeigte sich eine zystenähnliche, kugelförmige Schwellung, die bei genauerer Untersuchung als eine des Peritoneums entblößte Blasenausstülpung festgestellt wurde. Dieselbe hatte ihren Weg durch den inneren Leistenring genommen. C. Berliner (Aachen).

R. Riddel, Three cases of acute intussusception in the same family. (British medical Journal. 1903. S. 72.) Das erste Kind erkrankte im Alter von 5 Monaten mit heftigen Schmerzen, Erbrechen, das später fäculent wurde. Es erlag am dritten Tage an Kollaps unter Abgang von größeren Mengen Blut. Das zweite Kind, ein Knabe, erkrankte im Alter von 7 Monaten an Verdauungsstörungen. Später erfolgte Abgang von Blut und Erbrechen brauner Massen. Bei der Operation wurde eine Intussuszeption gefunden, die leicht gelöst

wurde. Das Kind blieb gesund. Ein drittes Kind derselben Familie erkrankte ebenfalls im dritten Monat mit Verdauungsstörungen, an die sich wiederum Abgang von Blut und Erbrechen schloß. Im oberen rechten Bauchquadranten fand sich eine längliche Geschwulst; auch diese Intussuszeption wurde leicht gelöst, der Heilungsverlauf verlief ungestört. R. nimmt wohl mit Recht an, daß hier kongenitale Bildungsanomalien vorliegen müßten. Schreiber (Göttingen).

J. V. Wichmann (Däne), Wie soll man eine akute Darminvagination bei einem kleinen Kinde behandeln? Darf man nicht länger Wassereingießung benutzen? (Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1904. Januar.) Diese Arbeit ist ein Teil einer größeren Abhandlung, welche der Verf. eben bei dem Titel „Die Behandlung der Darminvagination“ in Nordiskt medicinskt Arkiv, Abt. f. Chirurgie, 1903, Heft 3 u. 4 (No. 13 u. 18) in der deutschen Sprache veröffentlicht hat. In sehr eingehender und kritischer Weise hat der Verf. ein sehr großes Material, über 1000 Fälle, aus der Literatur und aus eigener Praxis gesammelt und gibt eine detaillierte Beschreibung der Therapie dieses Leidens. 502 Fälle betrafen Kinder der zwei ersten Lebensjahre und von diesen waren mehr als 81 % nicht 10 Monate alt. Obgleich der Verf. die Laparotomie als die ideale Behandlungsmethode betrachtet, weist er nach, daß die unblutige Repositionsmethode, insbesondere also die Wassereingießung in Narkose, sehr oft gelingt, indem er u. a. auf die glänzenden Erfolge Hirschsprungs hinweist, dem es in ca. 100 Fällen auf diese Weise gelang, 67 % der Ileocoecal- und Koloninvaginationen, d. h. 58 % seiner sämtlichen Invaginationen bei Kindern unter dem Alter von 8 Jahren zu reponieren. Er gibt sehr genau die Indikationen sowohl der unblutigen Reposition als der Laparotomie an und beschreibt sorgfältig die Technik der verschiedenen Behandlungsmethoden und die Nachbehandlung. Die Abhandlung ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet, der Referent will doch nicht unterlassen die Aufmerksamkeit der deutschen Kinderärzte auf diese in vielen Richtungen interessante Arbeit zu lenken, um so mehr als sie, wie oben erwähnt, in der deutschen Sprache vorliegt. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Fr. Spieler, Über akute Skolikoiditis und Perityphlitis im Kindesalter. (Aus dem Karolinen-Kinderspital und dem patholog.-anatom. Univers.-Institut in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 1—3.) Am Schlusse seiner sehr sorgfältigen und fleißigen Arbeit, faßt S. die Ergebnisse seiner Betrachtungen wie folgt zusammen:

I. Die Skolikoiditis ist im Kindesalter noch weit häufiger als beim Erwachsenen.

II. Es überwiegen im Kindesalter entschieden die schweren „diffusen“ Formen der Erkrankung. Die foudroyant zu schwer septischer Peritonitis führende, ausgedehnte Gangrän der Appendix ist hier nicht selten.

III. Für die „schweren“ Formen der Skolikoiditis in Betracht kommende kausale Momente sind:

1. Hohe Virulenz der Infektionsträger.

2. Kotsteine, während wirkliche Fremdkörper — sei es leblose oder lebende (Helminthen) — wegen ihrer relativen Seltenheit keine wesentliche Rolle spielen.

3. Abnorme Lage-, Form- und Größenverhältnisse der Appendix.

4. Zirkulationstörungen z. B. durch Torsionen des Proc. vermif.

IV. Die Widerstandskraft des kindlichen Organismus bei der Überwindung schwerer, diffuser, sogar septischer Peritonitis im Anschlusse an Skoliokoiditis ist eine erstaunliche. Nur höhergradige Leukopenie scheint eine absolut infauste Prognose zu gestatten.

V. Eben wegen des Überwiegens der „schweren“ und foudroyant verlaufenden Fälle und mit Rücksicht auf die hochgradige Unverläßlichkeit der Prognose- und anatomischen Diagnosestellung auf Grund der uns heute zur Verfügung stehenden klinischen Symptome und Untersuchungsmethoden ist bei Kindern noch energischer als beim Erwachsenen die chirurgische Indikationsstellung dahin zu formulieren: „Jede Skolikoiditis unbedingt und sofort zu operieren, sobald ihre klinische Diagnose feststeht.“

VI. Für die Operation selbst ist unbedingt der abdominelle Weg, prinzipielle, sofortige Abtragung der kranken Appendix, sowie Aufsuchung und Entleerung aller eventuell vorhandenen Eiterherde zu empfehlen.

VII. Zur richtigen epikritischen Beurteilung einer Skolikoiditis, insbesondere zur Entscheidung darüber, ob es sich in einem konkreten Falle um „Pseudoappendicitis“ gehandelt habe oder nicht, scheint mir die genaue histologische Untersuchung des abgetragenen Wurmfortsatzes unerläßlich. Grätzer.

G. L. Gulland u. **D. Wallace,** Constriction of the small intestine by a gangrenous appendix. (British medical Journal. 1903. S. 66.) Der 11jährige Knabe erkrankte nach dem Genuß von unreifen Äpfeln mit Durchfall und Erbrechen sowie Schmerzen in der rechten Fossa iliaca. Nach einigen Tagen trat Verstopfung ein, und das Erbrechen wurde fäkal, während der Bauch aufgetrieben wurde. Die Temperatur war nur wenig erhöht. Im weiteren Verlauf bildete sich in der rechten Hüftbeingrube eine Resistenz aus, über der etwas Dämpfung bestand. Daneben trat Dämpfung in den abhängigen Partien des Bauches auf. Die Diagnose wurde auf Appendicitis gangraenosa gestellt. Bei der Operation erwies sich der Wurmfortsatz zum größten Teil gangränös, kurz vor seiner Basis zeigte er eine Einschnürung, und sein Lumen war an dieser Stelle vollständig obliteriert. Die Spitze des Wurmfortsatzes war mit dem Mesenterium verwachsen, und durch den auf diese Weise gebildeten Ring war ein Teil des Ileums bis zur Ileocoecalklappe hindurchgetreten. Der Knabe erlag einer Peritonitis. Verff. nehmen an, daß eine frühere Appendicitis zur Verwachsung geführt habe, und daß infolge der lebhafteren Peristaltik zur Zeit der Durchfälle der Dünndarm durch den Ring hindurchgetreten und dadurch gleichzeitig die

Blutzufuhr in dem Processus vermiformis abgeschnitten war, so daß dieser gangränös wurde. Da der Appendix nicht perforiert war, müssen die Bakterien durch die Wand hindurchgetreten sein.

Schreiber (Göttingen).

L. T. Royster, Foreign Bodies in the Intestines. (Pediatrics. Juli 1903.) In einem Kinderasyl starb ein kleines Kind (kein Alter angegeben!) anscheinend an Konvulsionen. Die Sektion förderte eine seltene Kollektion von Knöpfen, Stecknadeln, Kohlenstücken und Holzsplittern zutage, welche im Ileum und im Kolon gelegen waren. Es wurden ca. 25—30 Fremdkörper vorgefunden.

Leo Jacobi (New York).

J. Michalski (Wetzikon), Kasuistischer Beitrag zur Fremdkörper-Appendicitis. (Korrespondenz-Blatt für Schweizer Ärzte. 1903. No. 20.) Ein 11jähriges Mädchen erkrankte an einer leichten Appendicitis acuta. Diese verschwand bald wieder, aber es blieb unterhalb des Nabels dafür eine nicht deutlich abgrenzbare, druckempfindliche Resistenz zurück. Es wurde operiert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle kam zunächst der untere Rand des Netzes zum Vorschein und auf demselben lag ein dreieckiger, weißer, harter, in größter Ausdehnung 4 mm messender Fremdkörper. Zwei gleiche, aber kleinere Fremdkörper wurden dann noch auf dem Coecum und auf dem Ileum, ca. 20 cm von der Bauhinischen Klappe entfernt, entdeckt und entfernt. Es handelte sich um Stückchen von Eierschale, und man erfuhr jetzt, daß das Kind oft frische Eier roh austrank, nachdem es sich an beiden Enden kleine Öffnungen in die Schale gemacht.

Nach dem Befunde zu urteilen, müßte sich folgendes abgespielt haben: Das Kind verschluckte ein Stückchen Schale, das in den Processus vermiformis gelangte und hier Appendicitis erzeugte, dann die Wandung perforierte und in die freie Bauchhöhle gelangte, wo sie zerbrach und an die genannten Stellen hingeriet. Die Perforation war nur lineär und verschloß sich bald wieder, ohne daß Kotpartikelchen austraten; auch die Eierschale war nur wenig infektiös, so daß nur eine kleine peritoneale Reizung entstand. Grätzer.

D. Pospischill, Ein neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 7.) Das von P. bisher in vier Fällen beobachtete Exanthem ist von den Röteln, dem Scharlach und den Morbillen mit Sicherheit zu trennen. Mit den ersten hat es die Harmlosigkeit und die rosenrote Färbung des Ausschlages gemein; doch fehlen die jenen zukommenden katarrhalischen Begleiterscheinungen an den Konjunktiven und der Schleimhaut des Respirationsapparates nahezu gänzlich.

Anamnestisch wurde einmal Brechreiz, einmal Fieber als initiales, dem Exanthem vorauseilendes Symptom angegeben; einmal veranlaßten Klagen über Gelenkschmerzen an Schulter und Knie die Mutter zur Untersuchung des Kindes und führten zur Wahrnehmung des Exanthems; in dieser Familie erkrankte das zweite Kind 16 Tage später am gleichen Ausschlage.

Die Temperaturen der erkrankten Kinder waren normal, als diese in P.s Beobachtung gekommen waren; nur in einem Falle waren sie im Beginne noch durch einige Stunden subfebril. Meist bestanden dann nicht die geringsten Störungen des subjektiven Befindens mehr, nur einmal vorübergehend Klage über Lichtscheu und Brennen in den Augen.

In zwei Fällen konnte P. ein zartes Enanthem am Gaumen und Wangen erkennen, einmal bestand Angina mit frischer, diffuser Röte, 2mal fand P. geringe Injektion der Konjunktiven, einmal geringe Bronchitis, in allen Fällen etwas Drüsenschwellung und ein mehr oder weniger deutlicher Milztumor.

Um so charakteristischer ist das Exanthem. Die Wangen stark gerötet und turgeszierend, Lippen und Kinn blaß oder hellere, diffuse Rötung der Wangen, über den Unterkieferrand eine Strecke weit auf den Hals sich fortsetzend, sowie der mittleren Stirngegend und des Kinnes; der Rand dieser Röte guirlandenartig geschlungen. Am Stamme ein bald konfluierend größere Flächen einnehmendes, bald großfleckiges, ein grobes Netzwerk bildendes Exanthem; an den Extremitäten, welche stärker und dauernder befallen erscheinen, ein weiches, dichtes, aus kleineren Flecken zusammenfließendes, aus größerer Entfernung gesehen, als gleichmäßige Röte erscheinendes Exanthemnetz oder zerstreute Flecken, oder, so namentlich an der Beugefläche der Vorderarme, ein aus verschieden großen, rosenroten, zarten Ringen zu marmorierter oder gleichmäßiger Röte zusammenfließendes Exanthem. Bald sind die Effloreszenzen makulös, bald papulös, bald quaddelartig erhaben, meist von reinrosenroter, selten von bräunlichroter Färbung; stellenweise erscheint die Haut stark durchfeuchtet, sukkulent. In einem Falle war die Ausbreitung des Exanthems vom Zentrum nach der Peripherie deutlich zn verfolgen; ihr Tempo war in den Fällen verschieden; in zwei Fällen war das Entstehen des konfluierenden Exanthems aus zarten Ringen deutlich wahrnehmbar. Dort war der nie juckende Ausschlag auch beständiger. Zweimal war das Exanthem am zweiten Tage kaum mehr in Resten angedeutet, in einem Falle zeigte es vorübergehendes Abblassen und neuerliches Aufblühen bei gleichmäßig fortschreitender Vermehrung und Zusammenfließen der Exanthemringe.

Dem Ausschlage folgte eine zarte, kleinlamellöse Desquamation.

Eines der Kinder wurde vom Arzte mit der Masern-, ein anderes mit der Schlarlachdiagnose ins Spital geschickt.

Das Alter der Kinder war 7, 11, 12, 13 Jahre. Grätzer.

Plachte (Berlin), Das Megalerythema epidemicum. Die Großflecken. (Nach einem in der Berl. med. Gesellschaft am 3. Jan. 1904 gehaltenen Vortrage.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1904. No. 9.)

Im Mai 1900 erkrankte ein 3jähriges Kind mitten im besten Wohlsein, ohne jede prodromale Störung, an einem Ausschlage, zunächst im Gesicht, wo sich fingernagel- bis 50pfennigstückgroße, blaßrote bis intensiv rote Flecke zeigten. Dieselben waren in ihrem zentralen Anteile ödematös erhaben und flachten sich nach der Peripherie zu kontinuierlich ab. Sie machten keinerlei Empfindungsstörung. Der einzelne Fleck persistierte 1—2 Tage und verschwand dann, ohne Residuen zu hinterlassen. Gleiche Flecke, aber in etwas größeren Dimensionen und mit der Neigung zu konfluieren, traten dann an den oberen und unteren

Extremitäten auf, wo sie Fünfmarkstück- bis Flachhandgröße erreichten. Bei ihrer Rückbildung sank das Zentrum ein, der Rest präsentierte sich zunächst als breites, rotes, guirlandenförmiges Band, das allmählich schmäler wurde, bis schließlich nur noch eine rote gezackte Linie zurückblieb. Ebenso wurde zuletzt der Rumpf befallen, dann kamen noch über den ganzen Körper zerstreut einzelne Rezidiven, bis nach der Gesamtdauer von 8—9 Tagen der ganze Prozeß, der ohne Mitbeteiligung der Schleimhäute, ohne Fieber, ohne Alteration des Allgemeinbefindens bestanden, zu Ende war.

Auch bei den beiden anderen Kindern des Hausstandes verbreitete sich das Leiden epidemisch, während es die 5 Erwachsenen verschonte.

Die Krankheit erinnerte an Epidemien, wie sie früher in Graz aufgetreten und als „örtliche Röteln" angesprochen worden waren, wie sie auch von Stricker als „Erythema infectiosum" und von Tripke als „Erythema infectiosum febrile seu afebrile" bezeichnet wurden; in Berlin beobachtete L. Feilchenfeld 1901 solche Fälle und beschrieb sie als „Erythema simplex marginatum".

Ob alle diese mit den von P. gesehenen Fällen völlig identisch waren, ist nicht ganz klar; jedenfalls stimmten letztere in manchen Punkten mit jenen überein, stellen jedenfalls einen eigentümlichen Krankheitsprozeß dar, den P., weil die anderen Namen nicht ganz passend gewählt sind, lieber als Megalerythema epidemicum bezeichnet wissen möchte. Von den Rubeolae ist das Leiden sicherlich abzutrennen, ebenso wie es gegenüber anderen Erythemen, auch dem Erythema exsudativum multiforme, sowie gegenüber der Pityriasis rosea und der Scarlatinois genug differentialdiagnostische Momente aufweist.

Grätzer.

M. Winkler, Über eine eigenartige benigne Streptomycosis bullosa in der Blindenanstalt Könitz bei Bern. (Aus der dermatolog. Klinik Bern.) (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1903. No. 17.) Innerhalb kurzer Zeit bekommen 7 Kinder im Alter von 6—15 Jahren an den Fingern prallgespannte Blasen von verschiedener Größe, die gegen Berührung sehr empfindlich sind und durchsichtigen Inhalt haben; dieselben (jedes Kind hatte meist nur eine) entwickelten sich rasch über Nacht, bestanden dann einige Tage, platzten dann spontan oder entleerten, angestochen, ihren Inhalt im Strahl. Es blieb eine wunde Fläche zurück, die in einigen Tagen bis höchstens 2 Wochen heilte. Die Kinder fühlten sich sonst ganz wohl.

W. sah zunächst keine frischerkrankten Kinder, sondern nur jene sieben, die meist an der Beugeseite der Endphalangen, manchmal auch an ihren Seitenflächen, scharfbegrenzte, kreisrunde oder ovale, ganz oberflächliche Substanzverluste mit teils schon trockenem und leicht gerötetem, teils feuchtem, aber nicht eitrig belegtem Grunde ohne Rötung und Infiltration der Umgebung aufwiesen. Die Diagnose war schwer zu stellen, nur die Analogie mit der sogenannten Impetigo contagiosa (s. vulgaris) lag nahe. In Anbetracht der Lokalisation der Effloreszenzen an den Fingerkuppen, mit denen die Kinder lasen, mußte man sofert an die Übertragung der Krankheit durch die Lesebücher denken, die auch gemeinsam benutzt wurden. Die empfohlene Sterilisation derselben durch trockene Hitze wurde, da sie den Büchern zu schaden schien, nur teilweise ausgeführt, wes-

halb auch in der nächsten Zeit noch einige frische Fälle vorkamen. Einen solchen sah W. Bei einem 7jährigen Mädchen fand sich an der Beugeseite der Endphalange des rechten kleinen Fingers eine haselnußgroße, prallgespannte, klare, fast halbkugelig erhabene, auf Druck schmerzhafte Blase mit entzündungsfreier Umgebung. Bei der aseptischen Eröffnung entleerte sich wasserhelle Flüssigkeit, deren bakteriologische Untersuchung Streptokokken in Reinkultur vom Aussehen der Diplo-Streptokokken ergab.

Es gibt nur eine Affektion, die vollständig mit der geschilderten übereinstimmt: Die tourniole vésiculeuse et phlyctène streptococcique des doigts von Sabouraud, der diese Erkrankung häufig mit der Impetigo contagiosa des Gesichtes zusammen sah und mit dieser identifizierte. W. will auf Grund obiger Endemie keine Stellung nehmen zur Frage der Ätiologie der Impetigo contagiosa, aber er will aus seinen Beobachtungen folgende Punkte als beachtenswert hervorheben:

1. daß eine Infektionskrankheit, die mit der Impetigo contagiosa viel Analogien hat, durch Streptokokken bedingt war,

2. daß andererseits Impetigo-Effloreszenzen im Gesicht nicht auftraten,

3. daß so gutartige Erkrankungen durch Streptokokken erzeugt werden, die wir mikroskopisch und kulturell von denen bösartiger Prozesse nicht unterscheiden können.

Der richtige Name für die Affektion wäre: „Dermatitis streptogenes bullosa“ oder „Streptomycosis bullosa superficialis“. Grätzer.

J. Bukovsky, Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionszysten in den Schweißdrüsenausführungsgängen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 67. Heft 2. 1903.) Die genannte Krankheit gilt sonst für eine sehr früh, vielleicht schon intrauterin entstehende Affektion mit hereditärem Charakter, von der man zwei Formen unterscheiden kann: Eine leichtere, bei welcher sich nach Insulten rote, juckende Stellen, etwa $^1/_2$—2 Stunden später Blasen mit klarem oder hämorrhagischem Inhalt zeigen, welche spontan heilen; eine schwerere Form, welche gewisse Körperstellen bevorzugt, symmetrisch auftritt, die Schleimhäute mit ergreift und bei Verschwinden der Blasen tiefere, dauernde Hautveränderungen hinterläßt. Der vom Verf. angeführte Fall, welcher einen schwächlich gebauten, 17jährigen Landarbeiter betrifft, unterscheidet sich von den bisher berichteten durch das Fehlen hereditärer Momente und die Entstehung in späterem Alter. Der ganze Körper, mit Ausnahme von Kopf, Gesicht und Hals war in Mitleidenschaft gezogen. Bereits ein leichtes Reiben mit dem Finger erzeugte auf der Haut aufeinanderfolgend: Jucken, Rötung, Runzelung und eine Blase. Nach andauerndem Druck oder starkem Stoß erschien die Blase sogleich. Kratzen mit dem Nagel oder mit einem Instrumente bewirkte ein Abschälen einer zusammenhängenden Membran ohne Blutung und Blasenbildung in der Umgebung. Die Blasen hinterließen mäßig eingesunkene. manchmal runzlige, weiße Narben ohne Eiterung, an den Fußnägeln Onycho-

gryphosis. Pat. starb 2 Jahre darauf an Tuberkulose. Kleine, Milien-ähnliche Gebilde werden mikroskopisch als zystöse Bildungen erkannt, welche stets an dem unteren Teile der durch Hautverletzungen verstopften Ausführungsgängen der Drüsen bestanden und langsam zur Oberfläche drängten. Die dort erfolgende Elimination machte den Drüsenkanal wieder wegsam, also ein völlig physiologischer Vorgang. Nach eingehender Erörterung des histologischen Bildes faßt Verf. seine Ansicht über Entstehung der Blasen so zusammen: Die Läsion entsteht sofort, ist also nicht von entzündlichen Veränderungen verursacht. Die Läsion entsteht zu jeder Zeit, hat also keine chemische Ursache. Anatomische Anomalien seien ausgeschlossen, da keine anatomischen Veränderungen der gesunden Haut vorliegen. Es bleibe also nur noch übrig einen physikalischen Defekt in Erwägung zu ziehen, vielleicht eine Ungleichmäßigkeit der Kontraktilität. Zur Differentialdiagnose mit Pemphigus bemerkt Verf., daß die Blasen nur auf äußeren Reiz, nie spontan auftraten, und daß der Prozeß vom Beginne bis zum Tode des Pat. nie in Anfällen, sondern in gleichmäßiger Intensität verlief. Max Joseph (Berlin).

Bettmann (Heidelberg), Epidermolysis bullosa hereditaria. (Dermatologische Zeitschrift. Bd. 10. No. 6.) In der einschlägigen Literatur steht ein derartig gehäuftes hereditäres Auftreten der dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa, wie es Verf. beschreibt, einzig da. Bei fünf männlichen und sechs weiblichen Personen, die sich über vier Generationen einer kinderreichen, aus sonst sehr robusten und langlebigen Mitgliedern bestehenden Familie verteilen, ließ sich die obige Affektion feststellen. Gegenwärtig sind damit behaftet der Vater und zwei Kinder, ein 11jähriger Knabe und ein 10jähriges Mädchen. Bei allen ist die Affektion charakterisiert durch verschieden große und in verschiedenen Stadien der Entwicklung begriffene Blasen an den Händen, Ellenbogen, Knien und Füßen, durch Atrophie der Haut an den Handrücken und Ellenbogen, durch zahlreich gruppierte Milien an den Handrücken und durch Nagelveränderungen an den Fingern. Sämtliche Fingernägel sind defekt, mehr oder minder zerbröckelt, brüchig und verkrümmt. Zuweilen wird das ganze Nagelrudiment in toto abgestoßen. Die Zehennägel zeigen diese Dystrophie nicht. Die Schleimhäute sind frei; die Zähne, die Haare zeigen normale Verhältnisse. C. Berliner (Aachen).

G. W. Wende, Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria. (The Journ. of cutan. dis. Bd. 22. Januar 1904.) Der Fall betraf einen 5jährigen, kräftigen, von gesunden Eltern stammenden Knaben, der seit der Geburt total kahl ist und seit dem achten Lebensmonate an vierteljährlich wiederkehrenden epileptischen Anfällen leidet. Als er 2 Jahre alt war, bekam er zuerst an den Fußsohlen, dann auch an den Händen und anderen Körperstellen rote Flecke. Die Epidermis löste sich, ohne daß eine rechte Blasenbildung erfolgte, los. Die Affektion zeigte einen weniger akuten, als eminent chronisch-entzündlichen Charakter, heilte hier ab, um an einer anderen Stelle wieder auszubrechen. Interessant war in dem Falle, abgesehen von der totalen Alopecie, die Atrophie der Endphalangen der Finger nach vorangegangener Epidermolysis. C. Berliner (Aachen).

Miklòs Ostermayer, Ein mit Infektion der Mutter einhergehender Fall von Pemphigus neonatorum mit tödlichem Ausgang. (Orvosi hetilap. 1903. No. 22.) Am dritten Lebenstag erkrankte das Kind an Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter, es sah am ganzen Körper wie verbrüht aus; das Kind erlag seinem Leiden in einigen Tagen. Die Mutter vom Kinde, infiziert, — große Seltenheit — erkrankte mit denselben Symptomen, genas aber in einigen Tagen. Ernst Deutsch (Budapest).

H. G. Adamson, Der Pemphigus neonatorum im Licht neuer Untersuchungen. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 15. Dezember 1903). An der Hand der einschlägigen Literatur gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist jetzt allgemein angenommen, a) daß der Pemphigus neonatorum eine Form der Impetigo contagiosa Tilbury Fox sei; b) daß die phlyktänuläre Impetigo auf einer Streptokokkeninfektion beruht.

2. Es ist daher die Annahme berechtigt, daß die Autoren, welche den Staphylococcus pyogenes aureus als das infektiöse Agens beim Pemphigus neonatorum beschrieben haben, durch eine sekundäre Infektion getäuscht worden sind, und daß eine genauere bakteriologische Untersuchung den Streptococcus pyogenes als die primäre Ursache erkennen wird. C. Berliner (Aachen).

G. I. Maguire, Eine klinische Studie über den akuten, kontagiösen Pemphigus neonatorum. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 15. Dezember 1903). Der Verfasser teilt kurz die Krankengeschichte von 18 Fällen aus seiner Praxis mit. Acht Kinder davon (= 44,4 $^0/_0$) starben an der Krankheit. Anhaltspunkte für Syphilis waren bei keinem der Fälle vorhanden. Die Epidemie scheint eine Hebamme verursacht zu haben, welche den Pemphigus von einem Falle auf den anderen übertragen hat.

Der Verfasser zieht folgende Schlüsse aus seinen Betrachtungen:

1. Der nicht syphilitische, contagiöse Pemphigus neonatorum ist eine relativ seltene Affektion.

2. Sie beruht auf einer Infektion mit einem pathogenen Staphylococcus pyogenes aureus.

3. Wenn die Krankheit auch hauptsächlich bei Neugeborenen auftritt, so befällt sie doch zuweilen auch ältere Kinder, bei denen sie jedoch weniger gefährlich ist.

4. Der Pemphigus acutus contagiosus ist charakterisiert durch Blasenbildung auf der Haut, variabel in der Verteilung wie in der Ausdehnung. Im Blaseninhalt findet sich der spezifische Mikroorganismus.

5. In vielen Fällen sind andere, als Hauterscheinungen nicht vorhanden. Einige Fälle jedoch zeigen schwere Symptome einer Allgemeininfektion und enden ohne Ausnahme letal.

6. In diesen letzteren Fällen bildet der noch nicht abgeheilte Nabel die Infektionspforte.

7. Die Behandlung hatte allem Anscheine nach wenig oder gar keinen Effekt auf den Verlauf und die Dauer der Krankheit.

C. Berliner (Aachen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

16. Sitzung am 7. Februar 1904 in Cöln.

Herr Krautwig (Cöln) demonstriert 1. einen **Fall von traumatischer Neurasthenie.** Richard M., $9^3/_4$ Jahre alt, machte Ende 1901 das Eisenbahnunglück bei B. als Passagier eines der vordersten Wagen des Zuges mit. Er erhielt bei dem Unglück einen heftigen Stoß, ob gerade eine Hirnerschütterung, läßt sich nicht mehr feststellen. Seit dieser Zeit hat der vorher muntere Junge sein Wesen völlig geändert, er ist unruhig, ängstlich, verdrießlich. Er bleibt nicht allein im Zimmer, öffnet keine Türe. Sein Schlaf ist unruhig, der Appetit sehr wechselnd, die Gesichtsfarbe bald bleich, bald stark gerötet, er schwitzt viel, klagt über Schmerzen in der Herzgegend, im Rücken und in den Beinen. Zu bemerken ist, daß der Vater, der ebenfalls den Eisenbahnunfall mitmachte, seit dieser Zeit schwere nervöse und hypochondrische Veränderungen zeigt, die sich zeitweise zu schwerer melancholischer Verstimmung verstärken. Der Junge ist für sein Alter kräftig entwickelt, gut genährt, augenblicklich von blasser Gesichtsfarbe. Die Augen stehen etwas vor, gelegentlich etwas Strabismus convergens auf dem linken Auge, kein Augenzittern, Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall und Convergenz, Kniereflexe gewöhnlich stark, Andeutung von Romberg, wobei starkes Flackern der Augenlider. Sehr erhöhte Erregbarkeit des N. facialis, kein Zittern der Hände, kein Trousseau, Sensibilität allenthalben ungestört, geistige Funktionen gut. Puls in der Ruhe 96, keine Veränderungen der innern Organe. Urin ohne Eiweiß und Zucker, aber Polyurie (etwa 2 Liter täglich) Empfindlichkeit der Haut gegen äußere Reize.

Das vorstehende Krankheitsbild kann wohl nur als traumatische Neurasthenie bezeichnet werden. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht: Morbus Basedowii (Zittern der Hände und Struma fehlen) und Hysterie, insofern als das Kind dem überaus nervösen Vater nachgeahmt haben könnte.

2. einen **Fall von Laryngospasmus und manifester Tetanie** bei einem einjährigen etwas rachitischen Mädchen, bei dem die einzelnen Zeichen der Tetanie aufs vollkommenste ausgebildet sind.

Herr Castenholz (Cöln). **Über extrakapsuläre Exstirpation tuberkulöser Abszesse.**

C. demonstriert eine Anzahl extrakapsulär entfernter tuberkulöser Abszesse der Haut, des subkutanen Fettgewebes und der Muskelfascien. Er macht dabei aufmerksam auf die Verschiedenheit des Standpunktes, den der innere Mediziner und der Chirurge einzelnen tuberkulösen Affektionen gegenüber einnehmen. Während der innere Mediziner die ausgesprochenste Phthise niemals zu den bösartigen Erkrankungen rechnen wird, und zwar mit Recht, es fehlen eben der Tuberkulose zur Bösartigkeit wesentliche Momente, muß sich der Chirurge den dem Messer zugänglichen tuberkulösen Prozessen gegenüber so verhalten, als wenn sie bösartig wären. Den tuberkulösen Prozessen gegenüber, welche in oder unter der Haut, über oder zwischen den Muskeln liegen, hat sich dieses Operationsverfahren auf das Beste bewährt. Die Vorteile, welche es bietet, bestehen außer der Operation in gesundem Gewebe immer in einiger Entfernung von der Abszeßkapsel hauptsächlich in der Abkürzung des Heilverfahrens durch primäre Wundschließung. Bei exakter Blutstillung ist es in vielen Fällen, namentlich in solchen, in denen die Abszesse nicht sehr groß sind, möglich, ohne Drainierung in wenigen Tagen primäre Wundheilung zu erzielen. Diese schnelle Heilung ist gerade der Tuberkulose gegenüber von großem Werte, weil erfahrungsgemäß in offen behandelten, post operationem rein sich darstellenden Wunden leicht nach kürzerer oder längerer Zeit die Tuberkulose sich wieder ansiedelt. Einen weiteren Fortschritt auf diesem Wege erblickt C. darin, daß er zur Wundschließung nicht mehr die ganze Dicke der Haut durchdringende Fadennähte anwendet, sondern sich seit einiger Zeit der von verschiedenen Seiten empfohlenen Wundklämmerchen bedient, welche sich ihm bei Hautnähten sehr gut bewährt haben.

Zur Diskussion Herr Selter: Woher kommen die tuberkulösen Abszesse? Sie müssen doch wie die Multiplizität beweist, auf dem Weg der Blutbahn verbreitet sein. Ihre Exstirpation würde da möglicherweise etwa sekundäre Herde, nicht den primären entfernen. So erkläre ich mir das Mißtrauen der Internisten. Immerhin halte ich die extrakapsuläre Exstirpation für schön und zweckmäßig.

Herr Rey erklärt sich mit diesem Verfahren bei leicht zugänglich gelegenen Herden durchaus einverstanden, wendet sich aber gegen die vielfach angewandte Exstirpation jeder gleichviel aus welcher Ursache angeschwollenen Drüsen. So wurden einem Mädchen, dessen Nackendrüsen infolge Läuseekzems geschwollen waren, die gesamten angeschwollenen Drüsen aufs sorgfältigste ausgeräumt, die Narbe geht von einem Ohr bis zum andern. Sehr häufig werden die infolge von Entzündungen im Nasenrachenraum oder Mittelohr verdickten Drüsenpakete um den Sternocleidomastoideus unter entstellenden Schnitten entfernt, die nicht beachtete primäre Erkrankung läßt aber mit Hartnäckigkeit immer neue Drüsen anschwellen, die das Glück hatten, dem Chirurgen zuerst zu entgehen. Der lymphatische Apparat ist ein wichtiges Schutzmittel gegen von den verletzten Epitheldecken aus eindringende Infektionsstoffe, welcher, falls die Einwanderung der Infektionsstoffe nicht zu lange dauert, auch imstande ist, diese zu vernichten. Man soll also, anstatt die Drüsen zu exstirpieren und den Körper eines wichtigen Schutzmittels zu berauben, den primären Herd, die Eingangspforte der Infektion aufsuchen und dort den Hebel ansetzen. Seiner Beobachtung nach, sind nicht einmal $^1/_{10}$ der chronischen Lymphadenitiden tuberkulöser Natur. Bei multipler lokaler Tuberkulose der Kinder empfiehlt er außer der örtlichen chirurgischen Behandlung innerlich reichliche Dosen Thiocol. Tatsächlich verkäste Drüsen müssen exstirpiert werden, nicht aber hyperplasierte.

Herr Heimann: Daß man nicht gegen jede tuberkulöse Lymphdrüse am Halse mit dem Messer vorgehen soll, lehrt ja auch schon v. Bergmann. Auch Heubner will nur unter besonderen Bedingungen ein operatives Eingreifen. Der Nachweis des Weges der Infektion mit Tuberkulose ist unter Umständen schwer zu führen. Es gelingt manchmal erst nach Monaten nachzuweisen, daß ein älteres Familienmitglied der Vermittler der Infektion gewesen ist. Vor kurzem erlebte er einen Fall, wo ein Säugling an tuberkulöser Meningitis starb, dessen Vater zur Zeit völlig gesund schien, aber einige Monate später an einer Haemoptoe erkrankte.

Darauf demonstriert Herr Heimann (Solingen) **die frischen Organe eines sehr stark abgemagerten Säuglings**, dessen Mutter an Phthise der Lungen leidet. Er war seit November krank und bot die ganze Zeit hindurch Erscheinungen von seiten des Respirationsapparates. Zuerst waren es die oberen Luftwege mit Einschluß der Paukenhöhle, später die feineren Bronchien und der rechte Oberlappen, die eine krankhafte Veränderung erkennen ließen. Tuberkelbazillen wurden im Sekrete der obern Luftwege nie nachgewiesen. Das Kind war, abgesehen von einer kurzen Periode im Dezember fieberfrei, wurde zuerst von der Mutter gestillt bis zu dem Momente, wo die Tuberkulose dieser festgestellt wurde. Im Dezember erkrankte, es an varizellenartigem Exanthem, als deren Residuen wie mit dem Locheisen ausgehauene Hautgeschwüre übrig blieben, außerdem bestand Opisthotonus, der am Schluß der Varizellenerkrankung noch zunahm. Bei der Sektion fanden sich miliäre Tuberkel in allen Organen. Schädel nicht geöffnet. Die cervicalen und bronchialen Lymphdrüsen waren in ausgedehnter Weise verkäst, beginnende Verkäsung der mesenterialen Lymphdrüsen. Oberlappen der rechten Lunge zeigt Kollapsinduration, Bronchitis besonders stark im linken Oberlappen. Im Dünndarm ein frisches tuberkulöses Geschwür.

Das Präparat wird mit Rücksicht auf die von Behring angeschnittene Frage der Säuglingstuberkulose demonstriert. H. hat in fast allen Fällen dieser Erkrankung einen Herd in der Familie feststellen können.

Zur Diskussion bemerkt Herr Weyl (Düsseldorf): Die Differentialdiagnose zwischen der Tuberculose der Lungenspitzen und der chronischen Spitzenpneumonie bietet große Schwierigkeiten. Trotz der klinisch fast gleichen Erscheinung ist die Prognose sehr verschieden.

Herr Bloch (Cöln) möchte der Behringschen Theorie, was die Fütterungstuberkulose der Säuglinge betrifft, entschieden entgegentreten, einmal weil die Tuberkulose im ersten Lebensjahre auf dem Sektionstische überhaupt verhältnismäßig nicht so häufig ist, als man vermutete, sodann weil gerade die Mesenterialdrüsen und der Darm (abgesehen von Miliartuberkeln) nur in seltenen Fällen primär erkrankt sind. Ich glaube, daß wir durch die Behringsche Theorie leicht abgelenkt werden und auf die Ansteckungsgefahr durch die Erwachsenen (Einatmung, Küssen, Unreinlichkeit) (Nähren d. Ref.) weniger achten, als dies nötig ist. Schwellung der Mesenterialdrüsen kommt bei jedem schweren Darmkatarrh

vor und es bleibt sogar leicht eine solche Schwellung vereinzelter Drüsen länger bestehen und kann leicht zur falschen Diagnose führen.

Herr Ungar weist darauf hin, daß das Fehlen von Veränderungen am Darm noch nicht gegen die Berechtigung der Annahme spricht, die Tuberkulose habe im Verdauungstraktus eine Eingangspforte gefunden. Er weist auf das Krankheitsbild der den alten Ärzten geläufigen Tabes meseraïca hin. Der Ort der größten Veränderungen braucht noch nicht derjenige zu sein, in dessen Nachbarschaft die Tuberkulose in den Körper eingedrungen sei. Wenn auch die Behringsche Theorie nicht als unbedingt richtig angesehen werden könnte, so sei doch mit der Tatsache, daß der Verdauungstraktus häufiger die Eingangspforte der Tuberkulose bilde, als man bis jetzt anzunehmen geneigt sei, zu rechnen; auch seien Mesenterialtuberkulose und Peritonitis tuberculosa nicht identische Begriffe. Man müsse der Tuberkulose der Mesenterialdrüsen wieder größere Aufmerksamkeit schenken.

Herr Castenholz schließt sich der Auffassung von Ungar an. Wir dürfen die Angabe Behrings nicht ohne weiteres ablehnen. Die Mesenterialdrüsen sind sehr widerstandsfähig gegen die Tuberkulose. Man findet bei Sektionen selten verkäste Mesenterialdrüsen, wenn dieselben auch stark angeschwollen gefunden werden. Das Eindringen der Tuberkelbazillen in den kindlichen Organismus findet allerdings sicher nicht nur auf diesem Wege statt, sondern die Respirationswege sind dabei auch in hervorragendem Maße beteiligt. Aber bei der Widerstandskraft, welche der Darm und die Mesenterialdrüsen der Tuberkulose entgegensetzen, ist es doch anzunehmen, daß die Bazillen mit der Nahrung eingeführt diese Organe nur passieren und sich in Organen ansiedeln, in welche sie durch die Blutbahn gelangen und in welchen sie einen besseren Nährboden finden.

Herr Rey: Seiner Beobachtung nach ist der Säugling gegen Tuberkelinfektion sehr empfindlich und führt diese Infektion in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Miliartuberkulose unter dem klinischen Bilde der Basilarmeningitis. Die frühzeitige Diagnose bietet enorme Schwierigkeiten und gelingt nur selten. Eine beim Kinde häufige Eingangspforte des Tuberkelgiftes sind die Affektionen der Haut, jede Pustel, zumal aber das Säuglingsekzem, von dem es im Volke sogar bekannt ist, daß die daran leidenden Kinder häufig an „innern Drüsen“ zugrunde gehen. Die Behringsche Theorie ist eine Theorie und wird nicht lange leben; vielleicht bringt sie uns wenigstens das Gute, daß der Milchproduktion und deren gesundheitswidrigen Zuständen etwas wirksamere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Im übrigen glaubt B., daß die Eingangspforte der Tuberkel nur ausnahmsweise im Darmtraktus zu suchen ist. Die Tuberkulose kommt bei der Säuglingssterblichkeit den anderen, speziell den Verdauungsstörungen gegenüber kaum in Betracht.

Herr Selter: Das Bild des Heimannschen Falles ist der Typ der Säuglingstuberkulose der Hals- und Bronchialdrüsen. Hierbei finden wird fast überall eine Infektionsquelle in der Familie. — Das zweite Bild, das Herr Ungar skizzierte, ist das seltenere, aber darum nicht weniger wichtig; hier kann der Darm die Eintrittspforte im Behringschen Sinne sein. Das bestätigen auch die Reyschen Fälle, daß die Infektionsquelle in der Umgebung des Säuglings liegt und nicht durch die Milch sondern häufiger durch Inhalation und Kontaktinfektion akquiriert wird.

Herr Heimann demonstriert den bis zur Flexura coli sinistr. stark erweiterten und in seiner Wandung verdickten Dickdarm und ebenso veränderten letzten Abschnitt des Ileums eines 10wöchentlichen Säuglings. Klinisch fand sich eine direkt nach der Geburt einsetzende Obstipation, die sich periodisch bis zu Ileuserscheinungen steigerte. Einem solchen Anfall erlag der Säugling. Im Anschluß an den Fall erörtert H. die **Pathologie und Ätiologie der Kolondilatation** und glaubt seinen Fall als Beweis für die Möglichkeit des Vorkommens einer angeborenen Kolondilatation hinstellen zu können.

Herr Selter: **Die Gerüche der Säuglingsfäces.** S. zeigt nach einleitenden Bemerkungen über die Mangelhaftigkeit bezw. mangelhafte Ausbildung der menschlichen Geruchsorgane und nach einer kurzen Darlegung des Chemismus der Säuglingsverdauung, daß wir in der Lage sind, bestimmte Störungen in den Verdauungsvorgängen aus dem Auftreten der jeweiligen für die Nase wahrnehm-

baren Stoffe zu diagnostizieren, oder wenigstens dem Gang der weiteren Fäcesuntersuchung eine bestimmte Richtung anzuweisen. (Der Vortrag erscheint in extenso.) Rey (Aachen)

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

135. Sitzung am 14. Dezember 1903.

(Centralblatt f. Chirurgie. 1904. No. 5.)

Joachimsthal: a) **Angeborener Mangel der Kniescheibe.**

Derselbe kommt vor in Verbindung mit anderen angeborenen Kniegelenksaffektionen, besonders Luxationen, ist dann von untergeordneter Bedeutung. Vielfach ist die anscheinend fehlende Patella später noch als rudimentärer Körper entdeckt worden. Seltener ist der Defekt der Patella die einzige Abnormität des Kniegelenkes; drei Fällen der Literatur reiht J. einen vierten an in einem 34jährigen Manne, dessen Vater und Schwester in gleicher Weise verbildet sind. Patella fehlt beiderseits vollständig (Röntgenbild); Pat. ist im Beruf nicht gestört, springt, ist Fußtourist, läuft Schlittschuh. Die Tuberositas tibiae ist exostosenartig entwickelt, tritt erkennbar hervor. Die Quadricepssehne, zwei Finger dick, liegt in Streckstellung in der Fossa patellaris, beim Übergang zur Beugung tritt sie auf den Condylus externus nach außen von dem vorn grätenartig hervortretenden Rande desselben. Geht Pat. in die Streckstellung zurück, so schnappt die Sehne in die Fossa patellaris zurück. Nach dem Abgleiten der Sehne vom Condylus ext. verliert Pat. jeglichen Halt, fällt in sich zusammen. Will Pat. überhaupt eine kraftvolle Aktion mit dem Quadriceps ausführen, so luxiert er auch in gestreckter Stellung zunächst die Sehne auf den Condylus ext. und spannt erst dann den Muskel an. Die Sehne, die an der stark vorspringenden Tuberositas tib. schon an und für sich unter günstigeren Bedingungen arbeitet als ohne den Vorsprung, schafft sich so eine Art Hypomochlion und ersetzt so zum Teil die Patella. Auf Grund dieser Beobachtung kommt J., im Gegensatz zu früheren Autoren, zu dem Schluß, daß der Patella im Kniestreckapparat eine funktionelle Bedeutung zufällt.

b) **Schiefhals bei Geschwistern.**

J. weist daranf hin, daß der muskuläre Schiefhals nicht immer extra-uterinen Ursprungs sei; das beweise die nicht zu seltene Erblichkeit der Störung und die gelegentlich vorhandene Kombination mit anderen angeborenen Anomalien. Von letzteren sah J. drei kombiniert mit angeborenen Hüftluxationen. Vererbung konstatierte J. 4mal bei einer 23jährigen Frau und deren zwei Kindern, bei zwei Brüdern, bei Vater und Tochter und bei den beiden vorgestellten Geschwistern, einem 2jährigen und einem 5 Wochen alten Mädchen; bei dem letzteren sind noch die deutlichen Zeichen der als Kopfnickerhämatom bekannten kallösen Geschwulst im Muskel nachweisbar. Eine Erklärung dafür ist nur so möglich, daß der schon vor der Geburt verkürzte Muskel in der Geburt stark gedehnt resp. zerrissen ist.

c) **Plattfußeinlagen nach Lange.**

J. empfiehlt die durch Lange angegebene Verstärkung der Zelluloideinlagen durch Stahldraht. Die Einlagen stellt J. über dem Gipspositiv des in Valgusstellung abgeformten belasteten Fußes entweder aus mehreren Schichten Trikot oder aus verschiedenen Lagen von Bandstreifen her, zwischen welche die Stahldrähte so eingefügt werden, daß sie eine Stütze des Fußgewölbes abgeben. Die einzelnen Lagen werden mehrfach dick mit einer Auflösung von Zelluloid in Azeton bestrichen. Die Einlagen sind leicht, elastisch, lassen sich in jeden bequemen Schuh einlegen. Bei hochgradigen Plattfüßen wird eine Behandlung mit in redressierter Stellung angelegten portativen Gipsverbänden vorausgeschickt; Demonstration eines Kranken, bei dem dadurch die Beschwerden beseitigt, die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und das Fußgewölbe dauernd wieder hergestellt worden ist.

Diskussion. Herr E. Israel hat an sich die unmittelbare gute Wirkung

der Langeschen Einlagen erfahren. — Herr Hoffa bemerkt, daß er mit den Zelluloid-Stahldrahteinlagen sehr zufrieden gewesen ist.

Herr Katzenstein: **Demonstration eines Falles von Epispadia glandis penis.**

K. fügt den wenigen in der Literatur bekannten Fällen einen neuen hinzu, in dem er durch Anfrischung und Naht die Spaltbildung in der Eichel beseitigt hat.

Koch: **Die pathologische Anatomie des durch Poliomyelitis gelähmten Muskels und ihre Bedeutung für die Sehnenplastik.**

K. hat durch seine Studien eine bisher vorhandene Lücke ausgefüllt; die Ergebnisse seiner mikroskopischen Untersuchungen sind folgende: die infolge der Poliomyelitis gelähmten Muskeln zeigen einen Zerfall ihrer kontraktilen Substanz durch Fettmetamorphose in verschiedener Ausdehnung; es können ganze Muskelbündel zugrunde gehen, zuweilen wird aber nicht die ganze Muskelfaser zerstört, sondern nur Teile von ihr, und Bruchstücke alter kontraktiler Substanz blieben erhalten. Die Degeneration der Muskeln ist also eine fleck- oder herdweise. Wo Muskelsubstanz in größerer Menge zugrunde gegangen ist, bildet sich reichlich Fettgewebe. Die landläufige Vorstellung, die wir von dem spinal gelähmten Muskel haben, daß es sich um eine hochgradige Atrophie, d. h. Abnahme des Volumens der einzelnen Muskelfasern handle, ist falsch. Überall, wo eine herdweise Degeneration von Muskelfasern eingetreten ist, findet gleichzeitig eine reichliche Regeneration von neuen Fasern statt, die im Zusammenhang oder ohne direkten Zusammenhang mit der alten Faser vor sich geht. Diese Tatsache macht die klinische Erfahrung verständlich, daß der gelähmte Muskel sich in vielen Fällen wieder erholt und seine Funktion wieder aufnimmt. Makroskopisch weist der spinal gelähmte Muskel verschiedene Verfärbungen auf. Es kommen alle Übergänge zwischen einer normal roten bis rosaroten und gelbweißen Farbe vor, zuweilen an ein und demselben Muskel; sie erklären sich durch verschieden starken herdweisen Untergang von Muskulatur und deren Regeneration oder Ersatz durch Fettgewebe. Können diese verschieden pathologisch verfärbten Muskeln noch für eine Plastik in Betracht kommen? Sofern noch kontraktile Substanz vorhanden ist bezw. eine Regeneration von neuen Muskelfasern stattgefunden hat, ist der Muskel nie vollkommen, sondern nur partiell gelähmt; er sollte eigentlich nach der Menge der erhaltenen resp. neugebildeten Fasern wieder funktionieren. Daß er es trotzdem nicht tut, liegt daran, daß ihm die elastische Spannung und der normale Muskeltonus verloren gegangen ist; er ist überdehnt, seine Kraft schlummert gewissermaßen. Geben wir ihm seine elastische Spannung wieder, so kann er wieder funktionieren. Das erreichen wir durch die Sehnenverkürzung, deren günstiger Einfluß hinreichend praktisch erwiesen ist. K. zeigt ihn durch Demonstration einer Reihe von Kranken, an denen Sehnentransplantationen in der Hoffaschen Klinik mit bestem funktionellen Erfolg ausgeführt worden sind.

Helbing: **Beitrag zur Behandlung kongenitaler Daumenmißbildungen.**

H. demonstriert einen Fall symmetrischer angeborener Verbildung des Daumens, bei welchen dieses Glied in die Hohlhand eingegraben war durch Adduktion und Opposition des Metacarpale I und spitzwinklige Beugekontraktur der Grundphalanx. Die Mißbildung wurde dadurch zur Heilung gebracht, daß die kontrahierten Muskeln (M. flexor brevis, opponens und adductor) an ihren Ansatzpunkten durchschnitten und die Sehne des M. flexor poll. long. plastisch verlängert wurden. Der nach Richtigstellung des Daumens entstandene große Hautdefekt in der Hohlhand wurde durch einen plastischen Lappen aus der Brusthaut gedeckt.

Cohn demonstriert einen gleichen Fall bei einem neugeborenen Kinde, welcher in der Poliklinik des Krankenhauses Moabit zur Beobachtung kam.

Becher: **Über neuere Bestrebungen auf dem Gebiete der Skoliosenbehandlung.**

B. stellt einige Fälle schwerster Skoliosen III. Grades vor, die mittels forcierter Extension im Wullsteinschen Apparat behandelt worden sind. Die Art der Behandlung ist folgende: Vorbereitende Extrensionskur im Apparat einige Wochen bis Monate lang, dann Anlegen des Kopf und Rumpf umschließenden Gipskorsetts. Abnahme desselben nach 8—12 Wochen und sofortiges Anlegen eines zweiten unter erneuter Extension. Letzteres bleibt $^1/_2$ Jahr und länger liegen. Dann Herstellung eines Hessingschen, abnehmbaren Korsetts mit Kopfstütze, für die Nacht Gipsbett. Nachbehandlung mittels Massage und Gymnastik.



Das erreichbare Resultat ist folgendes: Verlängerung des Pat. um 6—12 cm. Aufheben der seitlichen Verschiebung des Rumpfes gegen das Becken, geraderer Verlauf der Dornfortsatzlinie, Abflachung des Rippenbuckels.

IV. Therapeutische Notizen.

Phytin, ein aus Pflanzensamen isoliertes, organisches Phosphorpräparat, wird neuerdings von der Gesellschaft f. Chemische Industrie in Basel hergestellt. Phytin enthält über 22 % Phosphor in völlig resorbierbarer ungiftiger Form, so daß man heut überall da, wo der Körper eine erhöhte Phosphorernährung nötig hat und für Körper und Nerven ein Stärkungsmittel angezeigt ist, gern zu Phytin greifen dürfte. Für kleinere Kinder stellt die Fabrik ein Phytin-Milchzuckerpräparat „Fortossan" in Tablettenform her. Bei langsamem Wachstum und zurückgebliebener Entwicklung der Kinder, bei Rachitis, Skrofulose, Tuberkulose, bei Rekonvaleszenten jeder Art werden diese Tabletten gewiß schätzbare Dienste leisten.

Sanatogen bei Typhus abdominalis hat Prof. Dr. Ewald (Berlin) angewandt und untersucht, wie hier das Präparat resorbiert wird. Die Resorption war eine sehr günstige, und es zeigte sich, daß die Resorption stickstoffhaltigen, leicht löslichen Materials in dem Fieberstadium eines Typhus prompt von statten gehen kann und sich nicht wesentlich von der eines Gesunden unterscheidet. Nach diesen Versuchen dürfte sich also Sanatogen wie überhaupt in chronischen Schwächezuständen so auch in akuten fieberhaften Krankheiten und speziell im Typhus zur Anreicherung der Diät wegen seiner guten Resorbierbarkeit und Reizlosigkeit empfehlen.

(Zeitschrift f. diätetische u. physikal. Therapie, Bd. VII, Heft 10.)

Kinderschutzdecke „Schlafe wohl" nach Dr. Hannß (Sonneberg in Thüringen), die seit kurzem im Handel vertrieben wird, (Preis: Mk. 7,50) ist eine Erfindung, die eine weite Verbreitung verdient, da sie nicht nur für kranke, sondern auch für gesunde Kinder eine Wohltat bedeutet, nicht minder für die Eltern, denen diese Kinderschlafdecken eine gute Nachtruhe sichert. Aus bestem Material hergestellt, waschbar und von größter Haltbarkeit, allen hygienischen Anforderungen entsprechend, dabei sehr einfach im Gebrauch, paßt die Decke sich den Körperformen des Kindes stets an und übt keinen Druck aus, verhindert das Bloßliegen der Kinder, das Beschmutzen der Bettwäsche und das Durchnässen, verhindert endlich, daß die Kinder ihre Arme unter die Decke bringen, ohne ihnen sonst bei Bewegungen Zwang aufzuerlegen.

Chloroform-Anschütz empfiehlt Dr. A. Rahn (Collm) als besonders für den Praktiker zu Narkosen geeignet. Das Chloroform ist von äußerster Reinheit und bewirkt höchst selten üble Nebenerscheinungen, es wird in Originalflaschen (25 und 50 g) geliefert, die direkt zur Narkose zu benutzen sind mit Hilfe eines eigenen Tropfapparates, der sehr einfach zu handhaben ist und einen recht sparsamen Gebrauch des Chloroforms gewährleistet.

(Die Therapie der Gegenwart. Dezember 1903.)

Pertussin (Taeschner) wurde von Prof. E. Fischer (Straßburg) zuerst bei Pertussis empfohlen und ist seitdem vielfach mit bestem Erfolg beim Keuchhusten angewandt worden. Nun wurde behauptet, Pertussin enthalte Brom und wirke einfach durch diesen Bromgehalt. Um diesem Einwand zu begegnen, ließ Fischer das Präparat von Privatdoz. Dr. Gutbier in Erlangen untersuchen, wobei festgestellt wurde, daß Pertussin vollkommen bromfrei ist.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 51.)

Zypressenöl bei Keuchhusten hat Prof. O. Soltmann (Leipzig) mit bestem Erfolge angewandt. Das von der Firma Schimmel & Co. hergestellte Öl bewährte sich am besten auf Kopfkissen, Oberbett und Leibwäsche der Kinder aufgegossen (macht freilich Flecke!), und zwar täglich 4 mal 10—15 g einer alkoholischen Lösung des Öls (1 : 5), bei heftigen nächtlichen Hustenparoxysmen noch 1—2 mal des Nachts. Nach seinen Erfahrungen kann S. folgendes sagen: Das Zypressenöl setzt in allen Fällen des Keuchhustens, sowohl bei älteren als

jüngeren Kindern, die Zahl der Hustenparoxysmen prompt und schnell herab. Es mildert ihre Intensität, verkürzt ihre Extensität, verlängert die freien Intervalle, hebt die schwächenden Nachwirkungen des Paroxysmus und Einzelanfalls auf. Nachteilige Wirkungen auf Magendarmkanal, Respirationstraktus, Nervensystem, Herz und Niere machen sich nicht bemerklich, im Gegenteil: die von diesen aufgetretenen Komplikationen schwächt es ab oder hebt sie zum Teil auf und verhindert zumeist das Auftreten solcher, gestaltet somit den ganzen Verlauf der Krankheit zu einem milden. Besonders zeigen sich diese günstigen Einwirkungen darin, daß Würgen und Erbrechen nicht eintreten oder bald schwinden, wo sie bei Beginn der Behandlung vorhanden waren. Suffokationserscheinungen schwanden in jedem Falle bald, die zyanotische Röte im Gesicht, die Füllung der Halsvenen, das Ödem des Gesichts wurden unbedeutend, zu Ekchymosen und Nasenbluten kam es nicht, über Schmerzen im Epigastrium und an den Seitenteilen des Thorax wurde bald nicht mehr geklagt. Kontrollversuche endlich, wo die Ölapplikation absichtlich plötzlich wegblieb, zeigten fast regelmäßig Zunahme an Zahl und Intensität der Anfälle; die alsdann wieder aufgenommene Behandlung wurde mit erneutem Absinken der Anfälle beantwortet. Oft war der einzelne Anfall mit einer Attacke beendet, die „Reprise" blieb aus. Die Dauer des zweiten Stadiums schien merklich abgekürzt. Die Gesamtkonstitution des Pat. blieb auffallend intakt, die Kinder wurden fast alle in gutem Ernährungszustande entlassen, ja es wurden erhebliche Gewichtszunahmen erzielt. Wie das Öl wirkt, an welche Bestandteile die günstige Wirkung gebunden ist, das ist noch nicht aufgeklärt. (Die Therapie der Gegenwart. März 1904.)

Menzers Antistreptokokkenserum bei Gelenkrheumatismus benutzte Sanitätsrat Dr. Schäfer (Pankow) in der Privatpraxis und war mit den Resultaten recht zufrieden. Er führt sechs Fälle (darunter vier Kinder von 5, 12, 13, 14 Jahren) an, welche den Effekt des Serums veranschaulichen. Bei einigen derselben waren schon vorher schwere Attacken von akutem Gelenkrheumatismus vorausgegangen, die sich stets über viele Wochen hingezogen und auch dann noch einen rheumatischen Zustand mit fortdauerndem Krankheitsgefühl hinterlassen hatten. Die jetzige Attacke, bei der das Serum zur Anwendung gelangte, dauerte erheblich kürzere Zeit und hinterließ einen Zustand subjektiven Wohlbefindens, wie es seit Jahren nicht bestanden hatte. Dazu macht das Serum keine Nebenerscheinungen, läßt vor allem den Verdauungstraktus gänzlich verschont. Allerdings waren die Injektionen manchmal schmerzhaft, bewirkten auch hier und da nach einigen Tagen Hautexantheme, aber diese vorübergehenden Erscheinungen sind nicht geeignet, das Serum zu diskreditieren. Es wurden in Zwischenräumen von 1—3 Tagen, je nachdem die Reaktion abgelaufen, je 2—5 ccm des Serums injiziert.

(Ibidem.)

Die Hetoltherapie der Tuberkulose betreibt Dr. G. Brasch (Berlin) seit 4 Jahren, nachdem er sie bei Landerer selbst studiert. Er hat dies nie bereut, denn er hat das Hetol als das zur Zeit beste Mittel gegen Tuberkulose schätzen gelernt. Zu den intravenösen Hetolinjektionen verwendet man 1 %ige, 2 %ige oder 5 %ige Lösung von Hetol, wie sie die Fabrik Kalle & Co. in kleinen Glastuben von ca. 1 ccm Inhalt sterilisiert und gebrauchsfertig in den Handel bringt (je 12 solche Tuben in einem Karton). Der Inhalt einer solchen Tube muß hintereinander verbraucht werden, ein etwaiger Rest ist wegzugießen, was desto eher geschehen kann bei dem geringen Preis (Karton Mk. 2.—). Die Injektionen werden mit einer sterilisierten Pravazschen Spritze gemacht, welche nur zu diesem Zwecke verwandt werden darf und dauernd in sterilisiertem Wasser (in einer Petrischen Schale) liegt; die Kanülen, die ebenfalls keinem anderen Zwecke dienen dürfen, läßt B. dauernd in Alkohol absol. liegen. Eine Gummibinde wird nicht zu fest um den einen Oberarm gelegt, so daß die Venen deutlich hervortreten. Dann wird die Ellenbeuge kräftig mit Äther abgerieben, nach erfolgter Injektion die Stichstelle mit Gaze bedeckt, die durch einige Bindentouren befestigt wird, die einige Stunden liegen bleiben. Die Injektion in die Ader will erlernt sein, bei einiger Übung aber ist sie nicht schwer ausführbar, absolut schmerzlos und ohne jede Gefahr. B. injiziert 3 mal wöchentlich Hetol in allmählich steigender Dosis. Angefangen wird mit 1 mg (ein Teilstrich der Spritze bei 1 %iger Lösung) und von Injektion zu Injektion um $^1/_2$—1 mg gestiegen, meist nur bis zur Maximaldosis von 10 mg. Schon nach einigen Wochen lassen Nachtschweiße, Husten,

Mattigkeit, Appetitlosigkeit usw. nach, die Pat. werden arbeitsfähig und nehmen an Gewicht zu, nach 5—6 wöchentlicher Kur sind sie oft geheilt. B. hat 52 Pat. so behandelt (darunter 2 Kinder von 11 resp. 4 Jahren) mit mindestens 6000 Injektionen, von denen keine einzige eine Störung hervorrief, so daß man sagen kann, die Hetolkur sei, falls man die Technik beherrscht und sich ganz nach den Vorschriften Landerers richtet, vollkommen ungefährlich. Was die Erfolge anbelangt, so zeigten die Erfahrungen, daß diejenigen Lungenleidenden, welche fieberfrei sind, mäßig vorgeschrittene Lungenveränderungen aufweisen, und deren Ernährungszustand noch nicht erheblich herabgesetzt ist, fast durchweg Aussicht auf Genesung haben, aber auch fieberfreie Pat. mit weit vorgeschrittenen Veränderungen noch auf wirtschaftliche Heilung rechnen dürfen, und auch fiebernde Pat. noch erheblich gebessert werden können; ungeeignet für die Behandlung ist die sogen. galoppierende Schwindsucht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. No. 9.)

Anästhesin hat Dr. Hönigschmied (Weistrach) zu den verschiedensten therapeutischen Zwecken mit Vorteil benutzt. So in der Chirurgie überall da, wo Ätzungen notwendig waren, oder vor der Vereinigung klaffender Wunden, oder bei Kindern auch ohne besondere Notwendigkeit auf die Wunde mittels Pinsels aufstreuend, die staubförmige Schicht 10—15 Minuten einwirken lassend und dann erst die nötigen Eingriffe vornehmend. Ätzungen mit Argent. nitr. und Kauterisationen mit dem Paquelin konnten vollkommen schmerzlos vorgenommen werden. Desgleichen die Naht der Wundränder, wenn dem Mittel Zeit gelassen wurde, seine Wirksamkeit zu entfalten. Bei vorhandenen Schmerzen läßt nach Anwendung des Anästhesins der Schmerz nach 1—2 Minuten schon nach; aber die tieferen Schichten sind noch nicht genügend anästhesiert, weshalb Eingriffe da noch nicht vorzunehmen sind. Nach 10—15 Minuten aber kann man schon tief ätzen. Bei schmerzhaften Hauterkrankungen und Geschwüren nimmt man zweckmäßig vor Applikation von Heilmitteln, die ja oft recht brennen, eine leichte Bestäubung mit Anästhesin vor. Bei Hautjucken genügt Einreibung oder Gazeverband mit folgender Salbe:

Rp. Anästhesin Ritsert 10,0
Vaselin. alb. 20,0
Alapurin 70,0

Intern hat H. das Mittel zur Schmerzstillung bei Diphtherie benutzt. Wenn sich die gangränösen Schorfe abstoßen, ist der Schmerz an der Geschwürsfläche oft so heftig, daß jede Nahrungsaufnahme verweigert wird. Die Kinder werden vom Schmerz befreit, wenn man ihnen Anästhesin, 1,0 : 100,0 Mixtur. oleos., 2 stündl. 1 Kinderlöffel, gibt. Bei den verschiedenen Formen von Stomatitis, Aphthen, Soor ist es empfehlenswert, daneben das Mittel einzustäuben oder aufzupinseln:

Rp. Ol. amygd. dulc.
Spir. vin. rectif.
Muc. Gumm. arab. āā 15,0
M. f. emulsio. Adde
Anästhesin 1,0
Syr. simpl. 15,0.

Hierauf kann man sehr gut die nötigen Heilmittel schmerzlos applizieren.

(Die Heilkunde. Februar 1904.)

Hygiama als Ernährungsmittel für tuberkulöse Kranke hat Dr. M. Keibel (Berlin) schätzen gelernt. Als Zusatz zur Milch beseitigt Hygiama den Widerwillen gegen letztere, sodaß größere Quantitäten davon den Pat. zugeführt werden können. Nimmt man Hygiama in Milch, so erhält man ein sehr angenehm nach Kakao schmeckendes Getränk; aber man kann es auch in Kognak, als Krême etc. geben. Jedenfalls steigert Hygiama fast stets den Appetit, kräftigt und bewirkt Gewichtszunahme. (Therapeut. Monatshefte 1904. No. 2.)

Solvin, ein neues Thymianpräparat, hergestellt von Dr. Müller, hat Dr. Emil Hirsch (Berlin) bei Keuchhusten und akuter Bronchitis mit gutem Erfolge ordiniert. Das Mittel (es wird in Flaschen von 200 g durch die Einhorn-Apotheke, Berlin, in den Handel gebracht) zeigte seine lösende und beruhigende Wirkung gerade bei schwereren Fällen, wo sehr rasch Zyanose und

Erstickungsgefahr nachließen, die Anfälle sehr bald gemildert wurden und das Leiden rascher und milder verlief. Das Mittel wurde von den Kindern gern genommen und gut vertragen. (Ibidem.)

Xeroform bei Brandwunden empfiehlt Dr. J. Peer (Wien). Zum ersten Male hatte derselbe Gelegenheit, die Wirkung des Mittels zu sehen bei einem Heizer, der durch Platzen eines Dampfrohrs eine Verbrühung des ganzen linken Armes davongetragen hatte. Die Wundfläche wurde dick mit Xeroform bestreut, darüber kam, um das Ankleben des Verbandmaterials zu verhindern, auf Gaze gestrichene Zinksalbe. Der Erfolg war ein geradezu überraschender. Als nach 3 Tagen der Verband abgenommen wurde, was Dank der Zinksalbe schmerzlos geschah, war bereits der größte Teil der Wundfläche mit Epithel bedeckt, und nach 8 Tagen konnte Pat. nahezu geheilt entlassen werden. Xeroform zeigt eminent epithelbildende Kraft, wirkt dabei äußerst schmerzstillend, austrocknend und antiseptisch, bewirkt ideale Narben und ist dabei vollkommen ungiftig. Seit jenem Erfolge hat P. vielfach Xeroform in Verbindung mit dem Zinksalbenverband mit gleich schönem Effekt bei Verbrennungen angewandt.

(Ärztl. Zentral-Ztg. 1904. No. 5.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Die **13. Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft** wird am 20. und 21. Mai d. J. im Langenbeckhause in Berlin unter dem Vorsitz von Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Lucae stattfinden. Herr Prof. Siebenmann (Basel) hat ein Referat über die Anatomie der Taubstummheit übernommen. Mit der Versammlung wird eine Ausstellung von Instrumenten, Präparaten, Apparaten und Lehrmitteln verbunden sein, insbesondere soll alles auf die Taubstummheit Bezügliche zur Ausstellung gelangen: Präparate, Abbildungen, Untersuchungstabellen und Veröffentlichungen. — Anmeldungen für die Ausstellung nimmt entgegen Herr Privatdozent Dr. Gustav Brühl, Berlin C., Alexanderstr. 50, Anmeldungen von neuen Mitgliedern und von Vorträgen oder Demonstrationen für die Versammlung Prof. Hartmann, Berlin NW., Roonstr. 8.

Berlin. Die städtische Deputation für die öffentliche Gesundheitspflege hat eine Belehrungsschrift verfaßt, die die Gefahren einer Erblindung der Kinder behandelt. Die Schrift soll bei Geburtsanmeldungen auf dem Standesamt den Meldern eingehändigt werden.

Frankfurt a. M. Die Stadtverordnetenversammlung hat dem Antrage des Magistrats zugestimmt, daß das Gehalt des neu anzustellenden Stadtarztes von 8000 Mark auf 10000 Mark gesteigert und die Stelle öffentlich ausgeschrieben werden soll. Ferner wurde die Anstellung einer mit 500 Mark jährlich zu besoldenden Ärztin beschlossen, der die Untersuchung der Lehrerinnen bei der Anstellung, respektive bei der Pensionierung übertragen werden soll.

Görlitz. Mit Beginn des Etatsjahres 1904 werden in den hiesigen Gemeindeschulen fünf **Schulärzte** eingeführt. Die etwa 23 mal so stark bevölkerte Reichshauptstadt begnügt sich mit 36 Schulärzten.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1904. No. 10.)

VI. Personalien.

Dresden. Der erste Assistent an der Universitätskinderklinik zu Leipzig, **Dr. Förster**, ist zum Oberarzt der inneren Abteilung des Hospitals der Kinderheilanstalt zu Dresden-A. gewählt worden. — Für Pädiatrie habilitiert: **Dr. A. Keller** in Breslau, **Dr. R. Schlesinger** in Straßburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Juni 1904. No. 6.

I. Originalbeiträge.

Über Bronchitis und Pneumonie des Kindesalters und ihre Behandlung mittels Kreosotals.

Von

Dr. **E. Toff,**

Frauen- und Kinderarzt in Braila (Rumänien).

Erkrankungen der Luftwege gehören zu den häufigsten Vorkommnissen des Kindesalters, sei es, daß die Entzündung nur auf die Nasen- und Kehlkopfschleimhaut beschränkt ist, oder tiefer, bis in die feineren Luftwege, Bronchien, Bronchiolen oder selbst Alveolen gedrungen ist. Namentlich sind es die feuchtkalten Übergangsjahreszeiten, Frühlingsanfang und Herbstende, die den größten Prozentsatz dieser Erkrankungsformen liefern; trockene Kälte ist bei weitem nicht so nachteilig, selbst für Säuglinge im zartesten Alter, als feuchtes und windiges Wetter. Wenn auch nicht alle Kinder eine gleiche Prädisposition zu erkranken besitzen, so kann doch gesagt werden, daß auch die kräftigsten, bestens konstituierten Kinder keine absolute Immunität darbieten. Auffallend ist die besondere Neigung hereditär syphilitischer Kinder, selbst wenn die konstitutionelle Krankheit sonst keinerlei Symptome zeigt, aber doch wegen vorangegangener Syphilis von seiten der Eltern als bestehend angenommen werden muß, zu verschiedenartigen Erkrankungen der Luftwege, die oft zu den schwersten Symptomen führen.

Säuglinge, die während der kühlen Jahreszeit ängstlich im Zimmer gehalten werden, erkranken oft an Bronchitis und Pneumonie infolge der üblen Gewohnheit, dieselben morgens statt am Abend zu baden. Der erhitzte Körper wird dann im Laufe des Tages oftmals, beim Wechseln der Windeln der Zugluft oder kühlen Zimmertemperatur ausgesetzt, was immer von den nachteiligsten Folgen für die Atmungswerkzeuge ist. Gußeiserne Öfen sind in dieser Beziehung von ganz besonderem Nachteile, da dieselben die Zimmerluft übermäßig erhitzen, um sie dann wieder rasch abkühlen zu lassen.

Von den Infektionskrankheiten ist namentlich die Influenza zu erwähnen, denn wenn auch dieselbe sich in verschiedenen Organen lokalisieren kann, so sind doch die Atmungswege der Lieblingssitz des Influenzabazillus. Auch darf nicht vergessen werden, daß auch diese Krankheit ansteckend ist, wie ich mich oft bei Auftreten familiärer Epidemien überzeugen konnte.

Trotzdem diese Erkrankungen so überaus häufig vorkommen, müssen wir doch gestehen, daß die therapeutischen Hilfsmittel, welche uns gegen dieselben zur Verfügung standen, recht bescheidene waren. Namentlich ist keines derselben imstande, den entzündlichen Prozeß, bezw. die denselben meistens hervorrufenden Mikroorganismen direkt zu bekämpfen. Es ist mir noch sehr zweifelhaft, ob Ipekakuanha, Senega, Liq. Ammon. anisatus und die anderen usuellen Mittel, namentlich in den kleinen Dosen, die man in der Kindertherapie anwenden muß, die Entzündung, Expektoration, Schleimlösung usw. beeinflussen, überhaupt also irgend welchen Einfluß auf die Krankheit und ihren Verlauf ausüben. Antipyretika, Balneation und feuchte Einpackungen wirken in fieberhaften Fällen wohl temperaturerniedrigend, doch ist ihr Einfluß nur ein vorübergehender und keineswegs ein direkter, auf die Grundkrankheit gerichteter.

In dieser Beziehung hat erst das Kreosotal und das demselben verwandte Duotal eine Änderung gebracht und können wir sagen, daß dieselben spezifische, die Krankheitsursache direkt bekämpfende Heilmittel darstellen.

Die günstige Wirkung des Kreosots auf chronische Erkrankungen der Luftwege ist schon seit lange bekannt und ist dieselbe wohl auf die bedeutende antiseptische Kraft dieses Körpers zurückzuführen, die sogar diejenige des Phenols übertrifft. Außerdem ist das Kreosot auch ein hervorragendes Adstringens und Hämostatikum, wie schon Imlay (1876) nachgewiesen hat.

Der Anwendung dieses so wichtigen Körpers in der Kinderheilkunde stellte sich aber die Giftigkeit, oder besser gesagt die örtlich reizende Wirkung desselben entgegen, welche bei Einnahme größerer Dosen von Kreosot den Tod unter Erscheinungen heftigster Gastroenteritis hervorzurufen imstande ist. Die Verbindung des Kreosots mit Kohlensäure hat nun aber einen Körper, das Kreosotal, ergeben, welcher fast geschmack- und geruchlos ist, örtlich gar keine reizende Wirkung ausübt und infolge dessen in ganz abnorm hohen Dosen ohne Schaden genommen werden kann, obwohl er bis 90% Kreosot enthält. Während die letale Dosis von Kreosot für Erwachsene 8 g beträgt und ein 2jähriger Knabe nach Verschlucken von etwa 20 Tropfen dieses Körpers starb, kann Kreosotal in doppelt so großen Dosen ohne jede unangenehme Nebenwirkung gegeben werden.

Tatsächlich haben Cassoute und Corgier im Jahre 1899 mit diesem Mittel bei Bronchopneumonien und kruppösen Pneumonien ausgezeichnete Erfolge erzielt, und zwar gaben dieselben Erwachsenen 10 g und Kindern 0,25—5 g Kreosotal für 24 Stunden. Sie beobachteten rasche Entfieberung, Zurückgehen der pathologischen Erscheinungen an den Lungen und günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden.

Seither wurde das Mittel von zahlreichen Autoren bei den verschiedensten entzündlichen Erkrankungen der Luftwege angewendet und empfohlen, doch will es mir scheinen, daß dasselbe trotzdem in der Kinderpraxis noch nicht jene ausgebreitete Anwendung gefunden hat, welche es verdient.

Wenn wir diesbezüglich die Erfahrungen anderer einer, wenn

auch nur flüchtigen Durchsicht unterziehen wollen, so finden wir, daß **Mazarotto** (1) gute Erfolge von Kreosotal in zwei Fällen von chronischer Bronchitis des Kindesalters gesehen hat. N. Politzer (2) hat eine fast coupierende Wirkung desselben auf Keuchhusten, I. W. Frieser (3) gute Erfolge bei fieberhafter Bronchitis und Bronchopneumonie beobachtet. Über gleich günstige Resultate berichten: M. Loirel (4), W. Meitner (5), K. Steiner (6), Toff (7), L. Weber (8), W. H. Thomson (9), Wm. R. Howard (10), Sewening (11), James J. Philips (12), B. Friedmann (13). Endlich beschreibt Lažanský (14) drei Fälle von Krupp, welche auf große Kreosotalgaben genasen, während andere drei an derselben Krankheit und fast gleichzeitig erkrankte Kinder, die ohne Kreosotal behandelt wurden, trotz Seruminjektion starben.

Ich habe das Mittel seit dem Jahre 1899 in Anwendung gebracht und verfüge heute über ein Beobachtungsmaterial von 431 Fällen, von welchen nur 21 letal endigten. Die Erfolge, welche mit der Kreosotalbehandlung erzielt wurden, waren sehr gute, sei es, daß es sich um einfache Bronchialkatarrhe ohne Fieber, um fieberhafte Bronchitiden, um katarrhalische oder kruppöse Pneumonien gehandelt hatte. Ich habe kein einziges Kind sterben gesehen, bei welchem von Anfang an diese Behandlung eingeleitet wurde, und beziehen sich ausnahmslos alle letalen Fälle auf solche Kranke, die entweder überhaupt spät in Behandlung traten oder einige Zeit zuvor mit anderen Mitteln behandelt wurden.

Bezüglich der Wirkungsart des Kreosotals ist gewiß eine direkte antiseptische Einwirkung desselben auf die in der Lunge befindlichen Mikroorganismen anzunehmen. Obwohl das Kreosotal fast geruchlos ist, so bekommt doch die ausgeatmete Luft der mit demselben behandelten Patienten einen durchdringenden Kreosotgeruch, der schon beim Betreten des Zimmers auffällt, wohl ein augenfälliger Beweis, daß große Kreosotmengen durch die Lungen ausgeschieden werden. Hier können dieselben also ihre antiseptische und adstringierende Wirkung voll entfalten. Andererseits wird Kreosot auch durch die Nieren in erheblichen Mengen ausgeschieden, doch muß ich hervorheben, nie Symptome einer Nierenreizung gesehen zu haben, vielmehr nimmt die Harnmenge fast immer zu, so daß auch eine diuretische Wirkung zu verzeichnen ist. Da das Kreosot auch hämostatische Eigenschaft hat, so bilden Lungenblutungen keine Kontraindikation für die Anwendung des Mittels.

Symptomatisch ist die Einnahme des Kreosotals immer von einer Erleichterung der dyspnoischen oder suffokatorischen Erscheinungen gefolgt. Die Expektoration wird leichter und reichlicher und gleichzeitig fällt auch die Temperatur ab. Doch muß man sich hüten, daraufhin die Behandlung allzu rasch auszusetzen, vielmehr muß das Kreosotal noch durch einige Tage nach Verschwinden jeglicher morbider Erscheinungen gegeben werden, da sonst oft mit dem Aussetzen des Mittels auch alle krankhaften Symptome wieder erscheinen, wohl ein Beweis, daß die rasche Besserung nur der Einwirkung des Kreosotals zuzuschreiben war.

Bestehen Erscheinungen von seiten des Magendarmtraktes, wie

dies bei Infektionskrankheiten oft vorkommt, so ist die Darreichung des Kreosotals von guter Wirkung auch in dieser Beziehung gefolgt. Es ist dies einerseits auf die appetitanregende Wirkung des Kreosots zurückzuführen, andererseits auf die Desinfektion des Darminhaltes.

Die Darreichung und Dosierung des Kreosotals ist eine sehr einfache. Man kann dasselbe pur in Milch geben lassen, was den Vorzug der Billigkeit hat, oder in Emulsio oleosa, unter welcher Form es von den Kindern am liebsten genommen wird. Damit das Medikament tadellos sei, muß das Kreosotal tropfenweise beim Bereiten der Emulsion zugesetzt und nicht in die fertige Emulsion einfach hineingeschüttet werden, wie es leider viele Apotheker machen. In letzterem Falle ist die Verteilung des Kreosotals eine sehr mangelhafte und es sinkt auf den Boden der Flasche. Ich verschreibe für Kinder bis zu 2 Jahren: Rp. Creosotali 1,0, Emuls. oleosae 80,0, Syrupi Althaeae 20,0. M. F. exactissime emulsio. S. Stündlich 1 Kaffeelöffel.[1]) Die Verabreichung erfolgt sowohl bei Tag als auch bei Nacht ununterbrochen, auf diese Weise ist die Wirkung des Mittel eine viel gleichmäßigere, als wenn größere Dosen in größeren Zeitabschnitten gegeben werden. Von 2 Jahren ab gibt man halb so viele Gramme Kreosotal für 24 Stunden als das Kind Jahre zählt. Bei chronischen Katarrhen habe ich dasselbe wochenlang ununterbrochen ohne jedwede Schädigung nehmen lassen. Antipyretika wandte ich nur bei Bestehen hohen Fiebers an.

Ich habe mich im obigen nur auf die Anwendung des Kreosotals bei nicht tuberkulösen Erkrankungen der Respirationsorgane beschränkt, da ich die Anwendung desselben bei Tuberkulose allgemein eingeführt betrachte.

Als Prophylaktikum und Antiskrofulosum gibt man Kreosotal in Lebertran im Verhältnisse von 1—2 °/₀ und läßt hiervon drei kleine Löffel täglich nehmen.

Literatur.

1. Kreosotal bei skrofulösen Erkrankungen und Ozäna. Corriere sanitario. Milano. 1899. No. 48.
2. Kreosotal bei Keuchhusten. Liecnicki viestnik. 1900. No. 7.
3. Kreosotal in der Behandlung der Pneumonie und akuten Bronchitis. Ärztl. Central-Zeitung. Wien. 1900. No. 13.
4. Traîtement des infections broncho-pulmonaires de l'enfance par le Creosotal. 1900. No. 7.
5. Kreosotal bei Behandlung nicht tuberkulöser Lungenkrankheiten. Medizin.-chirurg. Central-Blatt. 1900. No. 25.
6. Kreosotal bei Masernpneumonie. Allgemeine Mediz. Centralzeitung. 1900. No. 74.
7. Kreosotal und Duotal bei nicht tuberkulösen Erkrankungen der Respirationsorgane. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1901. No. 1.
8. Kreosotal, ein Heilmittel für Pneumonie. Medical Record. 2. Nov. 1901
9. Kreosotal bei Pneumonie. Medical Record. 1. Februar 1902.
10. Pathologie und Behandlung der Pneumonie. The Texas Courier Record of Medicine. Juli 1902.
11. Kreosot und Kreosotal bei Stickhusten, Blasenkatarrh und Morb. Addison. Deutsche Ärzte-Zeitung. Oktober 1902.

---

[1]) Ich habe in allen meinen Fällen immer nur „Originalmarke von Heyden" verschrieben und war somit sicher, ein tadelloses Präparat zu erhalten.

12. Erfahrungen über die Behandlung der Pneumonie durch Kreosotal. The American Therapist. Januar 1903.
13. Kreosotal gegen Pneumonie. Therapie der Gegenwart. Februar 1903.
14. Kreosotal bei Krupp. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1902. No. 91.

II. Referate.

Alfr. Badt, Erfahrungen mit Kreosotal bei der Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane. (Aus H. Neumanns Kinderpoliklinik zu Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. September 1903.) Seine bei 75 Kindern gesammelten Erfahrungen faßt B. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Kreosotal kann in Fällen von Bronchitis und leichter Bronchopneumonie oft als Ersatzmittel für Ipekakuanha, Senega u. dgl. mit gutem Erfolge verwendet werden.
2. In schweren Fällen der Bronchopneumonie und bei kruppöser Pneumonie ist die Anwendung von Kreosotal zu widerraten.
3. Bei der Behandlung der Phthise und der Skrofulose kann eine längere Verabreichung von Kreosotal versucht werden.
4. Schädliche Nebenwirkungen sind nicht zu befürchten.

Grätzer.

K. Steiner, Die Behandlung der kruppösen Pneumonie mit Guajacolum carbonicum. (Budapesti orvosi ujság. 1903. IX. 24. Gyermekervos.) St. empfiehlt statt Kreosotal bei Kindern Guajacolum carbonicum anzuwenden, da dies Mittel nahezu ganz geruch- und geschmacklos ist. Pro die wendet er 2—3 g an. Die Erfolge illustriert Verf. mit einigen Krankengeschichten.

Ernö Deutsch (Budapest).

S. H. Dessau, Antiseptic treatment of Pneumonia. (Medical Record. 13. Februar 1904.) D. empfiehlt Karbolsäure bei Pneumonien der Säuglinge und bei älteren Kindern.

Einem 3jährigen Kinde verordnet man eine $2\,^0/_0$ige Lösung zweistündlich teelöffelweise zu geben.

Das Mittel wirkt durch seine antiseptischen und antifermentativen Eigenschaften sehr günstig.

Verf. erinnert an die Erfolge mit Karbolsäure bei Scharlach, Tetanus und besonders bei der Pest.

Leo Jacobi (New York).

Fr. Spaet (Ebern), Über epidemische Lungenentzündung. (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 39 u. 40.) Beobachtungen aus einer Epidemie von echter genuiner kruppöser Pneumonie, einer Epidemie von solcher Ausdehnung, wie sie wohl selten gesehen wird. Innerhalb von kaum 2 Monaten waren $13{,}9\,^0/_0$ der Ortsbevölkerung erkrankt, hauptsächlich Kinder und jugendliche Individuen. Es ging aus allem hervor, daß die Pneumonie zu den kontagiösen Krankheiten gehört, und daß man viel mehr Sorgfalt auf die Vernichtung des Sputums, Desinfektion der Wohnungen usw. zu richten hat, als es bisher geschehen ist.

Grätzer.

F. Garreau, Die Pneumonien mit abdominalem Seitenstechen und die pneumonischen Pseudoappendicitiden. (Inaugural-Dissertation. Paris. 1903.) Im Kindesalter kommen Pneumonien, welche von abdominalem Seitenstechen begleitet sind, nicht selten vor. Es ist dies wichtig zu wissen, da oft in derartigen Fällen die Lungenerkrankung übersehen wird. Ist der Schmerz rechts gelegen und, wie dies nicht selten vorkommt, hauptsächlich in der Höhe des Mac Burneyschen Punktes lokalisiert, so kann der Zustand mit Appendicitis verwechselt werden. Unter 25 von G. zusammengestellten Fällen ist 6mal die Laparotomie, selbstverständlich ganz zwecklos, vorgenommen worden. Um sich vor derartigen Mißgriffen zu bewahren, muß die richtige Diagnose möglichst frühzeitig gemacht werden. Man achte auf die Nachgiebigkeit der Bauchwandungen, auf das beschleunigte Atmen, den Husten und auf den Gesichtsausdruck, welcher von demjenigen bei Appendicitis sehr verschieden ist. Eine rote Wange würde bereits den Verdacht auf Pneumonie rechtfertigen. Ebenso auch Bläschen von Herpes labialis. Eine genaue Untersuchung wird dann die Zeichen der Pneumonie finden lassen. Bei zentraler Pneumonie ist im Anfang oft auskultatorisch und perkutatorisch nicht viel Charakteristisches zu finden; man warte einige Tage, bevor man sich zur Operation entschließt. E. Toff (Braila).

Olinto de Oliveira, Sur un cas de spléno-pneumonie grippale. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. 6. Jahrgang. S. 721.) Das 13 Monate alte Mädchen erkrankte gelegentlich einer Influenzaepidemie mit Husten, Schnupfen und Fieber mäßigen Grades. Bei der Untersuchung des Kindes ergab sich Asymmetrie des Thorax. Über dem linken Unterlappen bestand absolute Dämpfung, nach oben hin eine Abschwächung des Schalles, mit tympanitischem Beiklang unterhalb der Clavicula; rechts Schall normal. Über der Dämpfung war das Atmen aufgehoben, vorn wie hinten, in der Tiefe einzelne Rasselgeräusche. Nach der Spitze zu wurde das Atemgeräusch lauter, es bestand aber auch dort Katarrh. Stimmfremitus aufgehoben. Auch rechts hinten unten fand sich ein kleiner katarrhalischer Herd. Herzspitzenstoß fehlte. Herz nach rechts nicht verschoben. Die Diagnose wurde zunächst auf einen Pleuraerguß gestellt, die Probepunktion fiel aber negativ aus. O. faßt deshalb den Prozeß auf als „Splenopneumonie" d. h. als eine, unter dem Bilde der Pneumonie verlaufende Kongestion der Lunge, deren klinisches Bild zuerst von Grancher entworfen wurde. Der Zustand hielt noch 4 Tage an und ging dann in Besserung über. Schreiber (Göttingen).

G. Parker, Case of general pneumococcal infection, with few symptoms. (British med. Journ. 1903. S. 1081.) Das 17 Monate alte Mädchen war 6 Monate vor der Aufnahme in das Hospital an Masern erkrankt. Es fand sich im rechten Unterlappen Katarrh mit Abschwächung des Perkussionsschalles, sonst keinerlei Erscheinungen. Die Temperatur war nur vorübergehend etwas erhöht, sonst normal; dagegen bestand eine Erhöhung der Respiration (50—60). Das Blut zeigte 5 Mill. rote und 54500 weiße Blutkörperchen. Eine Pleurapunktion verlief ergebnislos. Die Autopsie ergab: eitrigen Erguß

der Pleura und des Mediastinums, im mittleren Unterlappen Bronchopneumonie, ebenso im linken Unterlappen, eitrigen Erguß des Herzbeutels, einige eitrige Flocken auch in der Bauchhöhle. Kulturen aus dem Blut, wie aus dem Eiter ergaben Pneumokokken. Es handelt sich also um einen Fall von Pneumokokkenseptikämie, bei dem besonders das Fehlen von schwereren Allgemeinerscheinungen auffällig ist.

Schreiber (Göttingen).

Max Herford, Über die histologischen Veränderungen bei der Kapillarbronchitis der Säuglinge. Ein Beitrag zur Deutung der plötzlichen Todesfälle im Kindesalter. (Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin.) (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1904. No. 7.) Die kapilläre Bronchitis des Säuglingsalters spielt in der gerichtlichen Medizin eine wichtige Rolle; der Tod tritt oft ganz plötzlich ein, häufig des Nachts, daher kann leicht der Verdacht fremder Schuld entstehen. Da makroskopisch oft keine sehr auffallenden Veränderungen der Schleimhaut selbst zu finden sind, darf der Gerichtsarzt bei einigermaßen zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung der Lungen nicht versäumen.

H. hat nun gleichfalls, auf Anregung von Prof. Strassmann, bei einer Anzahl von Säuglingssektionen, bei denen makroskopisch die Diagnose diffuse und kapilläre Bronchitis gestellt wurde, eine histologische Untersuchung vorgenommen, um festzustellen, welcher Art und Ausdehnung die Veränderungen wären, und welche Rückschlüsse sie demgemäß auf die Schwere, den Verlauf und die Dauer der Erkrankung zuließen. Es handelte sich stets um mehr oder weniger plötzlich verstorbene Säuglinge.

H. gibt nun die Untersuchungsergebnisse von sechs hierher gehörigen Fällen wieder. Den Hauptbefund von den sehr ausgedehnten Veränderungen bildeten diejenigen der Bronchien, und zwar der Wand, wie des Lumens derselben, wobei die kleinen Bronchien entweder ausschließlich oder wenigstens besonders stark betroffen waren. Es ist klar, daß selbst bei der allgemeinen Bronchitis diese Veränderung für den Verlauf der Krankheit den Ausschlag gibt, da durch die ausgedehnte Verlegung kleiner Bronchiallumina eine ganz rasch einsetzende Aufhebung des Luftzutritts zu einer Menge von Alveolarbezirken erfolgt, während die Zell- und Schleimansammlungen in den größeren Bronchien niemals eine so plötzliche und hochgradige Schädigung der Respiration veranlassen können. Daraus erklärt sich klinisch das späte, aber oft enorme Grade erreichende Eintreten der Dyspnoe. Der Prozeß ist verhältnismäßig wenig ausgedehnt, es treten wenig entzündliche Produkte ins Blut über, weil der Tod schon durch die ganz akute aktive Fluxion zu den Schleimhautgefäßen herbeigeführt wird, ehe sich für die Ausbildung weiterer Veränderungen die Zeit findet. Es ist eine ganz rapid verlaufende Störung des Gaswechsels, Kohlensäureüberladung des Blutes, Erstickung.

Die reichliche Abschilferung des Bronchialepithels, die Loslösung ganzer Zellverbände von der Wand der Bronchien könnten bei der enormen Zartheit dieser Gebilde die Deutung zulassen, als seien diese Veränderungen künstlich durch die Präparation entstanden. Dagegen sprachen jedoch die Rundzellenhäufungen in der Bronchialwand, die

häufig geradezu die Zellsäume vor sich her ins Lumen drängten und hinter ihnen ebenfalls noch Herde von Rundzellen in dasselbe entsandten. In den Zellen selbst wurden fortgeschrittene Stadien der entzündlichen Zerstörung oder gar völlige Nekrose nicht beobachtet. Es zeigten sich zwar an den im Lumen liegenden abgestoßenen Zellen gewisse Färbungsunterschiede und als Beginn der entzündlichen Veränderung leichte körnige Trübung, aber ausgebildete Zellnekrose nicht.

Die Beteiligung des Lungenparenchyms an den Bronchialveränderungen war eine außerordentlich zurücktretende und entsprach der rein mechanischen Wirkung des Fortfalles der Luftzuleitung aus dem Bronchialrohr, während ein Übergreifen des entzündlichen Zustandes auf die Alveolen völlig fehlte.

Ein auffallender Befund war in allen Fällen das Zusammentreffen der bronchitischen Veränderungen mit einer großen Thymusdrüse. Da in vielen Fällen von „Thymustod“ über das gleichzeitige Vorkommen großer Mengen von Bronchialsekret berichtet wird, so könnte man auch für obige Fälle, bei denen ja makroskopisch das Sekret auch einen wesentlichen Teil des Befundes bildete, einen Zusammenhang zwischen Thymusgröße und bronchitischen Veränderungen konstatieren. Aber schon die vielen rundzelligen Herde, die Zelldesquamation usw. bewiesen die primär-entzündliche Natur der Veränderungen. Dazu kommt, daß die Kapillarbronchitis auch dei Kindern ohne Thymusvergrößerung eine absolut tödliche Erkrankung darstellen kann, und daß derselben auch Greise zum Opfer fallen, die keinen Rest der Drüse mehr besitzen. Die vergrößerte Thymus ist wohl also als Nebenbefund aufzufassen, ein Zusammenhang mit der Bronchitis nicht anzunehmen. Ein Einfluß auf den Eintritt des Todes kann aber nicht völlig bestritten werden, ist aber höchstens indirekt zu denken, wie bei anderen Erkrankungen (Rachitis, Enteritis usw.), die die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen. Grätzer.

E. Schwarzkopf, Ein Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit nachweisbarer Lokalisation und überwiegend aus Schleim bestehenden Bronchialausgüssen. (Aus der mediz. Universitätsklinik zu Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 8.) Bei dem 13jährigen Mädchen mit chron. Bronchitis fibrinosa waren bei den wiederholten, in mehrmonatlichen Pausen erfolgten Attacken mehrmals lokale Erscheinungen über einem und demselben Lungenlappen zu konstatieren. Die typische, chron. fibrinöse Bronchitis war offenbar als primäre, essentielle aufzufassen. Für eine Lokalisation des entzündlichen Prozesses in den Bronchien fehlte anfangs jeglicher Fingerzeig. Man konnte nur sagen, daß die Gerinnsel ihrer Größe und Ausdehnung nach dem größten Teil eines ganzen Lappens entstammen müßten. Die später auftretende Dämpfung über dem rechten Unterlappen ließ eben diesen mit Sicherheit als Sitz der Erkrankung erscheinen. Die Veränderungen über dem Unterlappen entstanden, wenigstens beim ersten Male mit Wahrscheinlichkeit durch Aspiration von Blut, das sich bei dem gewaltsamen Loslösen der Gerinnsel infolge der heftigen Hustenstöße aus den zerrissenen Schleimhautgefäßen in die Bronchien ergossen hatte. Bei

dem zweiten Male hatten sich, wohl auf dem Boden dieses Blutergusses, noch entzündlich pneumonische Prozesse entwickelt, die sekundär auch den Oberlappen ergriffen hatten.

Es ergab die wiederholte Untersuchung der stets massiven Gerinnsel bei Weigertscher Schnittfärbung eine aus reichlichen Schleimfäden und Leukozyten bestehende Grundsubstanz, die meist schichtenweise in gefalteten Lamellen angeordnet war. An einzelnen Stelen fanden sich, in dem einen Gerinnsel mehr, in dem anderen weniger deutlich eingelagerte Fibrinmassen. Dieselben erwiesen sich bei stärkerer Vergrößerung als dichte Netzwerke intensiv blau gefärbter Fibrinfäden. Irgend eine bestimmte Lagerung ließ sich bei denselben nicht erkennen. Einzelne Schnitte ließen jegliche Spur von Fibrin vermissen. Ferner waren in der Substanz ziemlich reichliche lange Streptokokkenketten eingebettet, die ebenfalls intensive Blaufärbung zeigten. Charcot-Leydensche Kristalle oder sonstige gelegentlich vorkommende Bestandteile fanden sich nicht. Nach dem Ergebnis der Färbung gehörte der Fall zu denjenigen von vorwiegender Mucinausscheidung („Bronchitis pseudofibrinosa“ Hochhaus).

Grätzer.

L. Jehle, Über Pneumokokkenagglutination mit dem Blutserum pneumoniekranker Kinder. (Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 32.) Die Beobachtungen erstreckten sich bisher auf sechs kruppöse Pneumonien. Die gewonnenen Resultate faßt J. in folgende Punkte zusammen:

1. In allen mit einer Krise zum Abschlusse gelangten Fällen konnte eine relativ sehr hohe Agglutinationskraft des Serums beobachtet werden; dieselbe ging regelmäßig mit einer meist hohen Leukozytose und einer deutlichen Verminderung der Chloride im Harn einher. Dagegen machten wir die Beobachtung, daß eine Lobulärpneumonie mit geringer Leukozytose (Zahl der Leukozyten 8000), ferner eine Morbillenpneumonie mit hoher Leukozytose (Zahl der Leukozyten 36000) absolut keine Agglutination zeigten.

2. Die Agglutination tritt schon im Beginn der Erkrankung auf, bleibt bis zum Eintritte der Krise beiläufig auf gleicher Höhe; es zeigt sich jedenfalls kein Ansteigen, sondern eher ein Absinken des Agglutinationsvermögens. Nach der Krise tritt sofort ein rasches Schwinden der Agglutinine ein, so daß nach 48 Stunden nur mehr geringe Mengen derselben vorhanden sind und schon nach vier Tagen das Serum sich nahezu indifferent gegen Pneumokokken verhält.

Es ist wohl außer Zweifel, daß das regelmäßige Auftreten des Agglutinationsphänomens sowohl einen praktischen als auch theoretischen Wert besitzt. Gerade im Beginne der Erkrankung, wo die Differentialdiagnose in manchen Fällen Schwierigkeiten bereiten kann, ist die Agglutination am meisten ausgesprochen und wäre demnach die Serodiagnostik in diesen Fällen von besonderem Wert. Sie läßt ferner mit Sicherheit auf die Ätiologie der Infektion schließen und wäre demnach neben der bakteriologischen Untersuchung des Sputums, die, wie auch aus zwei oben angeführten Resultaten ersichtlich, oft im Stiche läßt, als ein wichtiges bakterioskopisches Hilfsmittel zu verwerten. Wir können wohl aus diesen Gründen der Methode auch

eine prognostische Bedeutung zusprechen, da die Prognose bei einer unkomplizierten Pneumokokkeninfektion wohl ganz anders gestellt werden kann, als z. B. bei einer viel schwerer verlaufenden Influenzainfektion.

Auch bei anderweitigen Lokalisationen des Pneumokokkus, die gewiß häufig genug vorkommen (Meningitis, Peritonitis usw.), wäre durch diese Methode auf den Krankheitserreger am sichersten zu schließen.

Von großem theoretischen Interesse ist der Nachweis der Agglutinine im Beginne der Erkrankung, insbesondere aber das rasche Schwinden derselben nach Ablauf der Erkrankung und zur Zeit beginnender ungestörter Rekonvaleszenz. Grätzer.

L. E. Holt, Abscess of the Lung following acute Pneumonia. (Archives of Pediatrics. Jan. 1904.) Zwei kasuistische Mitteilungen über Lungenabszeß nach akuter Pneumonie. In dem ersten Falle wurde der Abszeß $2^1/_2$ Monate nach der Lungenentzündung entdeckt; der 18 Monate alte Knabe genas nach Aspiration. Ähnliche Verhältnisse lagen vor im zweiten Falle. Inzision nebst Drainage führte zur Heilung. Leo Jacobi (New York).

Ach. Müller, Ein Fall von Pneumokokkenpyocele. (Aus der Baseler chirurg. Klinik.) Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 7.)

Ein 4jähr. Knabe litt seit langem schon an chronischer Nephritis, welche von Zeit zu Zeit exazerbierte und Ödeme schuf. Auch wurde in der Leistengegend und Skrotum ein Tumor bemerkt, den man für eine Hernie hielt. Derselbe füllte allmählich die rechte Skrotalhälfte aus, und als dann wieder eine neue Exazerbation der Nephritis mit Fieber und Lungensymptomen, die man als Lungenödem auffaßte, eintrat (Fieber, Ödeme und Lungensymptome schwanden nach 5 Tagen), wurde die Skrotalhälfte noch praller, die Haut derselben nahm dunkelbläulichrote Färbung an.

In der Klinik, wohin das Kind gebracht wurde, erkannte man, daß eine Hydrocele vorlag, und operierte. Es entleerte sich rahmiger Eiter, in welchem Fränkelsche Pneumokokken in Reinkultur gefunden wurden.

Unzweifelhafte pneumonische Erscheinungen waren nicht dagewesen; vielleicht handelte es sich damals, als Lungenödem vermutet wurde, um pneumonische Infektion. Jedenfalls fing gerade damals die schon vorher deutliche Hydrocele an, entzündliche Erscheinungen zu machen und sich, offenbar durch Infektion mit Pneumokokken, in eine Pyocele umzuwandeln. Ein Trauma oder sonstiges plausibles ätiologisches Moment war nicht zu eruieren; der Hoden wurde vollkommen intakt befunden. Grätzer.

Niels Muus, Eine Geschwulst der Pleura, von aberrierendem Lungengewebe ausgegangen. (Virchows Archiv. Bd. 176. Heft 1. 1904.) Bei der Sektion eines 24 Stunden post partum verstorbenen, ausgetragenen Knaben fand sich in der linken Pleurahöhle, von der Oberfläche des Zwerchfells ausgehend, eine walnußgroße, polypöse Geschwulst, welche in Färbung und Oberflächenzeichnung einem Lungenlappen sehr ähnlich war. Von der Geschwulst aus ließ sich ein 4 mm dicker Strang verfolgen, der zur Wand des Magens zog. Dieser Stiel enthielt einen kleinen, nach dem Magen zu geschlossenen Kanal, welcher sich in der Basis der Geschwulst verlor.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß die Wand des Kanals aus Bindegewebe mit eingelagerten Inseln hyalinen Knorpels und elastischen Fasern bestand. Der Kanal war ausgekleidet mit hohem zylindrischen Epithel. Die Hauptmasse der Geschwulst bildeten alveoläre Räume mit flimmerndem Zylinderepithel.

Verf. erklärt die Entstehung dieser Lungenanlage so, daß während der normalen Bildung der Lungenanlage ein Teil abgesprengt worden sei. Beim Weiterwachsen des Darmes sei die kleine, isolierte Anlage mit ihrem Anhangspunkte weiter kaudalwärts verschoben und sei so in das Zwerchfell verlagert. Schridde (Erlangen).

Theodor Frölich (Norweger), Über Empyem im Kindesalter. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1904. No. 2.) Die Untersuchungen umfassen 25 Fälle von Empyem, 18 waren unter und nur 7 über dem Alter von 4 Jahren. Die 13 hatten erst Pneumonie, die zwölf anderen wahrscheinlich auch; bei sieben von den letzten fand man jedenfalls Pneumokokken. Im ganzen wurden diese Bakterien bei 15 gefunden (2mal Pneumokokken und Staphylokokken, 1mal Pneumokokken und Stäbchen, 12mal Pneumokokken in Reinkultur), in zwei Fällen mit vorausgehender Pneumonie gelang es nicht, Pneumokokken zu finden, in zwei Fällen wurden Streptokokken gefunden. Der Verf. ist der Ansicht, daß Pneumokokken in 80 $^0/_0$ der Empyemfälle im Kindesalter vorhanden sind, also öfter als bei Erwachsenen. Der Verf. beschreibt die Symptome, Diagnose und Prognose. Von den 25 Patienten starben drei, einer an fötidem Empyem, das mehrere Monate dauerte, ohne daß Operation ausgeführt werden konnte, einer an Pneumokokkenmetastasen, einer an Streptokokkenpyämie. Er zieht die Resektion der Bülauschen Behandlung vor, obgleich die Resultate bei „Bülau“ besser scheinen, aber die Bülausche Methode wurde nur bei den leichten Fällen angewandt. Der Verf. bespricht zum Schluß die Nachbehandlung und die Behandlung in den Fällen, in welchen Operation unmöglich ist, endlich den Unterschied der Symptome bei Erwachsenen und Kindern.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Fr. Schultze (Bonn), Über die Bülausche Heberdrainage bei Empyemen. (Die Therapie der Gegenwart. Januar 1904.) In den letzten Jahren hat sich die Heberdrainage bei den metapneumonischen und sonstigen aus inneren Ursachen entstandenen einfachen Empyemen der Kinder als sehr zweckmäßig erwiesen. Bei 5 Kindern mit derartigen zum Teil recht ausgedehnten und nicht immer ganz frischen Empyemen heilten die Eiterungen in 7—40 Tagen, im Durchschnitt in etwa 28 Tagen vollständig aus. Die Kinder waren 3 bis 7 Jahre alt. Bei frischen Empyemen, namentlich im Kindesalter, möchte daher S. die Heberdrainage warm empfehlen, als einfache, gefahrlose Operation, deren Nachbehandlung für gewöhnlich sehr wohl auch in der Privatpraxis sich durchführen läßt. Grätzer.

Felix Nathan, Beiträge zur Behandlung der Empyeme im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Folgezustände. (Archiv f. Kinderheilkd. Bd. 36. Heft 3—6.) Verf. gibt eine Übersicht über 145 Empyemfälle aus den ersten 13 Jahren des

Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses. Davon waren 87 = 60% Knaben, 58 = 40% Mädchen. Interessant ist, daß die Erkrankung **im ersten Lebensjahr am häufigsten**, in den folgenden gradatim seltener war. Als Ätiologie erscheint Pneumonie 52 mal, Skarlatina 14 mal, Morbilli 10 mal, Diphtherie 4 mal, Influenza, Pertussis, Lungenabszeß, Trauma 2- bezw. 1 mal. Bei 59 wurde das Leiden als spontan aufgetreten bezeichnet.

Befallen war:	die rechte Seite	79 mal	mit 62%	Todesfälle,
	die linke Seite	63 mal	mit 65%	„
	beide Seiten	3 mal	mit 100%	„

was gegen die behauptete größere Mortalität der linksseitigen Erkrankungen spricht.

Die bakteriologische Untersuchung von 35 Fällen ergab Pneumokokken 11 mal, Diplokokken 5 mal, Streptokokken 6 mal, Mischinfektion vereinzelt. Von den 145 Kindern wurden entlassen: geheilt 43, gebessert 4, ungeheilt 5; gestorben sind 93 Kinder. Die Mortalität ist am höchsten im ersten Lebensjahr mit 97% und fällt allmählich bis zum neunten Lebensjahre mit 25% Gesamtmortalität = 65%; 23 Kinder, die nicht dem Leiden selbst, sondern intercurrenten oder nachfolgenden Krankheiten erlegen sind, und 8 Kinder, die wegen ihres schlechten Allgemeinzustandes nicht mehr operiert werden konnten, in Abzug gebracht, ergibt 113 Empyemfälle mit 61 = 54% Todesfällen. Daß diese Zahl höher ist, als bei anderen Autoren, hat seinen Grund in der relativ sehr großen Zahl der Säuglinge mit ihrer außerordentlich ungünstigen Prognose.

Es wurden ausgeführt: Primäre Resektionen 91, Inzisionen 7, Punktionen 8, Punktionen mit angeschlossener Resektion 16 usw. In den letzten Jahren wurden fast nur noch primäre Resektionen vorgenommen, denen Verf., wenn es der Zustand des Patienten erlaubt, sehr das Wort redet. Was aber das Säuglingsalter betrifft, so spricht sich Verf. wegen der Gefahr der plötzlichen Druckveränderung für Punktion und Aspiration mit erst 24—48 Stunden, nach erfolgter Erholung des Kindes anzuschließender Rippenresektion aus. Auch eine ganz leichte Narkose zur Vermeidung von Unruhe und Shok beim Einstechen der Nadel empfiehlt Verf.

Es folgt nun ein Bericht über das Dauerresultat bei 34 geheilt entlassenen, später zur Nachuntersuchung vorgestellten Kindern. Der Zustand der Kinder im allgemeinen war ein recht guter, nur waren nach Angabe der Eltern fast alle Kinder zu Erkältungen geneigt. Ein vor 9 Jahren operierter und ein vor 6 Monaten entlassener Pat. wiesen Tuberkulose auf. Ein vor 6 Jahren operiertes Mädchen tuberkulöse Knochenerkrankung bei gesunden Lungen. Bei 2 Kindern zeigte die Narbe eine feine sezernierende Fistel. Bei den übrigen war der Verschluß fest. In allen Fällen war das resezierte Rippenstück vom Periost aus ersetzt, zum Teil mit Knochenbrücken zu den benachbarten Rippen. Verlagerung des Herzens fand sich nicht, ebenso wenig pleuritische Reibegeräusche. Eine Thoraxasymmetrie aber fand sich in fast allen Fällen. An den erkrankt gewesenen Seiten wurden größere Tiefe der Fossa supraclavic., Abflachung der vorderen Thoraxwand, kleinere Zirkumferenz der Thoraxhälfte, Schief-

tragen des Kopfes, Tiefstand der Skapula und am häufigsten (21 mal = 67 %) Dorsalskoliose in den verschiedenen Kombinationen konstatiert. Im allgemeinen waren zwei bis drei, in einzelnen Fällen mehr der genannten Symptome nachweisbar. In 3 Fällen dagegen zeigte sich die gesunde Seite zurückgeblieben. Verf. zieht aus diesen Erfahrungen den berechtigten Schluß, daß die Behandlung des Empyems mit der Narbenschließung nicht beendet sein darf, sondern daß durch geeignete Übungen der Thoraxdeformität vorgebeugt werden muß. Hutzler (München).

E. Vollmer (Kreuznach), Seehospize oder Kinderheilstätten in Soolbädern? (Therap. Monatshefte. Oktober 1903.) V. heißt die Anregung Baginskys, mehr Seehospize für die skrofulösen Kinder zu errichten und warm sich derselben anzunehmen, willkommen, nur wünscht er das gleiche Interesse für Kinderheilstätten in Soolbädern, da es unmöglich angeht, die Kinder aus dem Inneren von Deutschland so weit wegzuschicken, an die Küste, wo weite Reisen erforderlich und die Eltern unerreichbar sind. Für Städte, die in der Nähe der See liegen oder sehr gute Verbindung mit ihr haben, mögen die Seehospize zur Unterbringung der skrofulösen Kinder dienen, sonst aber gehören dieselben in das nächstgelegene Soolbad, dessen Heilwirkung mindestens die gleiche ist. Grätzer.

G. Kluge (Itzehoe), Beitrag zur Tuberkulose des Kindesalters und Prophylaxe derselben. Verf. suchte an dem Kindermaterial der Kieler med. Klinik die ätiologischen Verhältnisse der Tuberkulose zu eruieren. Von 150 in den Jahren 1892—1898 Tuberkulosefällen waren nur 35 derartig, daß bei einwandfreier Diagnose und hinlänglich gesicherter Anamnese eine Infektion seitens tuberkulöser Erwachsener angenommen werden konnte. Bei 11 Kindern darunter waren die Eltern frei von jedem Verdacht auf Tuberkulose, während andererseits nicht zur Familie gehörige Personen, die mit der Krankheit behaftet waren, in mehr oder weniger innige Berührung gekommen waren, bei 20 Kindern war der Vater, bei dreien die Mutter lungen- bezw. kehlkopfkrank und bei zweien die Väter verdächtig auf Tuberkulose, die übrige Verwandtschaft gesund und eine Infektionsquelle konnte hier nicht ermittelt werden. Entschieden zu weit geht der Schluß des Verf., daß nach allem nur in drei Fällen die Infektion als alleinige „Ursache" der Tuberkulose „nicht mit völliger Sicherheit" behauptet werden könne. K. geht eben von vornherein von dem Axiom aus, das er eigentlich beweisen wollte, daß da die „Tuberkulose" doch nicht beliebig viele Jahre latent bleiben könne, es viel „begründeter und solider" sei, eine Aufnahme des Bazillus anzunehmen. Aus der Kasuistik des Verf. könnten im Gegenteil die Anhänger der Lehre von der Disposition auch Belege für die Berechtigung ihrer Auffassung entnehmen. Die vorgeschlagenen prophylaktischen Maßregeln halten sich in den üblichen Grenzen der heute ausschließlich maßgebenden Bazillenfurcht. Eschle (Sinsheim).

C. Flügge, Zur Bekämpfung der Tuberkulose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 8.) F. tritt den Ansichten und Vorschlägen Behrings entgegen und zeigt, daß dieselben den Tatsachen durchaus nicht entsprechen. So die Behauptung, die Entstehung der

Tuberkulose durch Einatmung sei wenig in Betracht zu ziehen. Das ist nicht der Fall, und unsere Vorsichtsmaßregeln gegen aerogene Aufnahme von Tuberkelbazillen müssen durchaus dieselben bleiben, wie bisher. Behring hält das Kind für vorzugsweise gefährdet durch die Milch von perlsüchtigen Kühen. In Wirklichkeit ist aber der Säugling der Infektion durch eingeatmete oder durch Berührungen in den Mund gebrachte Tuberkelbazillen in weit höherem Grade ausgesetzt, und demgegenüber ist die Gefahr der Infektion durch Milch relativ gering, schon deshalb, weil ja meist die Milch gekocht wird. Behrings „Formolmilch" vermag gegen den Hauptimport von Tuberkelbazillen durch Inhalation und Kontakt nichts; sie bewirkt auch nicht ein Freisein der Milch von Perlsuchtsbazillen, sondern gewährt dies, wie jede andere Milch, nur dann, wenn die Milch von perlsuchtsfreien Kühen stammt; sie ist aber, sobald letzteres nicht sicher gewährleistet ist, zum Tuberkelbazillenimport viel geeigneter, als die bisherige gekochte Milch. Behring will die Milch nicht kochen, er will die bakteriziden Fähigkeiten der frischen Milch erhalten, und meint, gekochte Milch wirke oft geradezu schädlich, ja habe großen Anteil an der Säuglingssterblichkeit, weil durch das Kochen die bakterizide Fähigkeit der Milch verloren gehe. Lauter unbewiesene Dinge! Warum ist die Säuglingssterblichkeit in besseren Familien trotz Kochens der Milch nicht groß? Sind die Ansichten über die bakterizide Kraft der rohen Milch nicht noch sehr geteilt? J. kann der bakteriziden Kraft der Milch einstweilen eine Bedeutung nicht zuerkennen, und kann nur sagen, daß gekochte Milch sich bisher bestens bewährt hat. Behrings Formolmilch erscheint durch den Zusatz von Formol an und für sich bedenklich, schon wenn nach Behring verfahren wird; wer soll aber kontrollieren, ob nicht noch mehr zugesetzt wird? Der Formolzusatz ist ferner absolut kein Ersatz für das Kochen, denn es tötet nicht, wie das Kochen, alle Keime der Milch ab. Es treten nach Behring in der Milch immunisierter Kühe spezielle Antikörper auf. Aber sie sind noch nicht gefunden, wir müssen darauf noch warten. Der einzige Punkt, in dem Behrings Programm schon jetzt Bedeutendes leisten wird, ist die Immunisierung der Rinder. Für die Bekämpfung der menschlichen Tuberkulose spielt diese aber eine untergeordnete Rolle. Auch ist über die Rinderimmunisierung ein abschließendes Urteil noch nicht möglich; wissen wir doch z. B. noch gar nicht, wie lange die Kühe durch die Immunisierung gegen eine natürliche Infektion geschützt werden.

Vorläufig ist Behrings Publikation nur geeignet, Beunruhigung im Publikum hervorzurufen. Soll die junge Mutter das nach Behring schädliche Kochen der Milch unterlassen? Woher aber soll sie rohe Milch nehmen, die nicht Tuberkelbazillen importiert und auch sonst keine Schädigung hervorruft? Grätzer.

H. Finkelstein, Die tuberkulöse Infektion im Säuglingsalter. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1904. No. 1 u. 2.) Der Standpunkt der meisten Kinderärzte, der auch den Erfahrungen F.s durchaus entspricht, ist heute folgender: Die tuberkulöse Infektion des Säuglings ist im ersten Lebenshalbjahr selten, sie wächst mit der steigenden Exposition der folgenden Zeit so schnell, daß das Maximum

der Kindertuberkulose in diese Epoche fällt. Eine Ausheilung oder ein Latentbleiben findet nur in minimalem Umfange statt. Die Krankheit entsteht vorwiegend durch direkten oder indirekten Kontakt mit Schwindsüchtigen und deren Absonderungen, der zumeist eine Inhalationstuberkulose, selten — seltener jedenfalls als im späteren Leben — eine enterogene Tuberkulose zur Folge hat. Die Säuglingsmilch ist die am wenigsten ins Gewicht fallende Quelle der Säuglingstuberkulose.

Bekanntlich hat v. Behring neuerdings die entgegengesetzte Ansicht ausgesprochen, die allerdings keineswegs sich auf zwingende Gründe stützte. Solche zu bringen, dürfte ihm recht schwer werden. Vor allem müßte er uns erklären, warum der Anatom gerade den unfertigen Darm des menschlichen Säuglings oder die ihm zugeteilten Drüsen so gut wie niemals an primärer Tuberkulose erkranken sieht, warum die Infektion, wenn sie intestinaler Herkunft ist, sich mit Ausnahme weniger Fälle stets unter Verschonung der Bauchfelldrüsen als erste Niederlassung die weit entfernten und nur auf verschlungenen Irrwegen erreichbaren Bronchialdrüsen aufsucht, und warum die vom Genusse der Säuglingsmilch herrührende Erkrankung die ersten Monate verschonend, erst den späteren verhängnisvoll wird.

Wie wenig solche Laboratoriumsergebnisse mit den Krankenbeobachtungen sich vereinen lassen, zeigt eine kleine, aber lehrreiche Statistik F.s, die in den letzten 3 Jahren 23 im Kinderasyl der Stadt Berlin stationär verpflegte und obduzierte tuberkulöse Säuglinge betrifft. Die ersten Zeichen der Krankheit traten zwischen der vierten Lebenswoche und dem siebenten Monat hervor. Fünf dieser Kinder waren als Neugeborene in die Anstalt eingetreten und zum Teil ausschließlich von gesunden Ammen ernährt. Bei ihnen brach das Leiden am frühesten aus. Die übrigen wurden teils schon krank aufgenommen, teils wurde ihr Zustand erst spater klar. Ihre Nahrung bestand in sorgfältig sterilisierter Kuhmilch. Sämtliche 23 Kinder zeigten bei der Sektion primäre Inhalationstuberkulose, sämtliche waren in die Anstalt aufgenommen, weil wegen Schwindsucht der Eltern die Armenbehörde helfend einsprang. Wo ist in dieser Fall an Fall gereihten Kette Raum für die Säuglingsmilch v. Behrings als „Hauptquelle" der Schwindsucht?

Grätzer.

Johannes Fibiger und **C. O. Jensen** (Dänen), Übertragung der Menschentuberkulose zum Vieh. II. Mitteilung. (Hospitalstidende. 1904. No. 1.) In Hospitalstidende 1902 No. 37 wurde die erste Mitteilung der Verff. veröffentlicht. Die Verff. haben jetzt im ganzen Impfungen auf Kälber in 10 Fällen von Menschentuberkulose vorgenommen. Die Bazillen zeigten in 2 Fällen Avirulenz oder minimale Virulenz, in 3 Fällen schwache, in 5 Fällen bedeutende oder sehr bedeutende Virulenz, d. h. in der Hälfte der Fälle haben die gefundenen Tuberkelbazillen Tuberkulose von progressivem Charakter bei den geimpften Kälbern hervorrufen können. Unter fünf untersuchten Fällen von primärer oder scheinbar primärer Tuberkulose im Verdauungskanal bei Kindern wurden vier gefunden, in welchen die Bazillen bedeutende Virulenz beim Vieh zeigten. In zweien dieser 5 Fälle ist es im höchsten Grade wahrscheinlich, daß die Ansteckung

durch das Trinken roher Milch vermittelt wurde. Der eine der Verff., Fibiger, fand unter 79 Kindern, die er im Verlaufe eines Zeitraumes von ca. 2 Jahren zu sezieren Gelegenheit hatte, 25, welche Tuberkulose als Hauptkrankheit oder Komplikation hatten. Unter diesen hatten vier oder vielleicht fünf eine primäre Tuberkulose des Verdauungskanals, d. h. er fand primäre Intestinaltuberkulose bei 5—6% aller sezierten Kinder, bei 16—20% der sezierten Kinder, die an Tuberkulose litten. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

N. Raw, Human and bovine Tuberkulosis. (British medical Journal. 1903. S. 247.) R. beobachtete in den Jahren von 1898 bis 1902 1750 Patienten mit den verschiedenen Formen von Lungenschwindsucht und 273 Kinder mit Tabes mesenterica. Was die letztere betrifft, so führt er dieselbe auf den Genuß von roher Milch zurück. Kulturen von einem Fall von Tabes mesenterica ergaben Erreger, die denen der Perlsucht bezw. der Rindertuberkulose glichen; ein ähnliches Resultat erhielt er aus dem Eiter eines tuberkulösen Kniegelenks, während umgekehrt Kulturen aus phthisischem Sputum menschliche Tuberkelbazillen ergaben. R. schließt daher, daß 1. menschliche und Rindertuberkulose den Menschen treffen können; 2. daß aber Menschen- und Rindertuberkulose different sind; 3. daß die Rindertuberkulose mit der Milch in den Darmkanal hineingelangt und daher Tabes m. verursacht, besonders bei Kindern; 4. daß die Rindertuberkulose die Erkrankung der Lymphdrüsen, der tuberkulösen Gelenke und den Lupus veranlaßt; 5. wirkliche menschliche Tuberkulose wird nur durch Übertragung von Person zu Person und besonders durch die weit vorgeschrittenen Fälle von Schwindsucht übertragen; 6. daß man möglichst für Ausrottung der Tuberkulose unter dem Rindvieh sorgen und die Milch nur in gekochtem Zustande genießen soll.

Schreiber (Göttingen).

G. Berghinz, Über Tuberkulose beim Kinde (Sulle tuberculosis nel bambino). (Rivista Veneza d. Scienze Mediche.) Eine hereditäre Tuberkulose hat Verf. nie konstatieren können. Bei seinen anatomischen Untersuchungen hat er stets — bei den verschiedensten Formen kindlicher Tuberkulose — eine alte Adenopatia tracheobronchialis gefunden, niemals waren primäre tuberkulöse Veränderungen an einer andern Stelle vorhanden. Das tuberkulöse Virus kann nach Ansicht des Verf.s entweder in der Lunge lokalisiert bleiben oder durch diese hindurchgehen; in letzterem Fall bleibt als einziges Residuum die — oft latent bleibende — Affektion der Drüsen am Hilus. Eine primäre alimentäre Tuberkulose ist, wenn sie überhaupt vorkommt, ungemein selten; alle Untersuchungen, die Verf. an verschiedenen im Handel befindlichen Milchsorten angestellt hat, hatten ein negatives Ergebnis. Niemals wurden in der Milch Tuberkelbazillen gefunden; auch gelang es nicht, Meerschweinchen durch Infektion zentrifugierter Milch tuberkulös zu machen. Nur in Milch von solchen Kühen, die Eutertuberkulose hatten, fanden sich Tuberkelbazillen in der Milch.

Verf. führt noch zwei besonders interessante Fälle an; in dem einen handelte es sich um Lungentuberkulose bei einem 4 Monate

alten Kinde einer tuberkulösen Mutter, das von letzterer genährt wurde, im zweiten um einen analogen Fall bei einem 5monatigen Kinde. F.

Antonio Jovane, Schwere Tuberkulose bei einem 10monatigen Kinde. Benedictscher und Millard-Glubersche Symptomkomplex. (La Pediatria. November 1903.) Die klinische Diagnose hatte in dem Fall gelautet auf: Gehirntuberkulose mit hauptsächlicher Lokalisation im linken Pedunculus und im Pons; linksseitige eitrige Pleuritis tuberculosa; Adenopathia tracheo-bronchialis; fettige Degeneration der Leber und der Nieren und wahrscheinlich Darmgeschwüre. Es fanden sich bei der Sektion: Anschwellung der Mediastinaldrüsen, Tuberkulose der Lunge und linken Pleura, Miningitis tuberculosa, solitäre Tuberkel im Pedunculus cerebri, Pons, im Kleinhirn, ferner in der linken Hirnhälfte ein großer Erweichungsherd, der fast das ganze Centrum ovale einnahm und von einer Embolie herrührte. In den Hirnventrikeln erheblicher Hydrocephalus. Tuberkulose der Milz und des Darms. Degeneration der Leber und der Nieren.

Beachtenswert an dem klinischen Bild war das Zusammentreffen zweier Symptomenkomplexe: des Benedictschen — Ophthalmoplegie und Facialislähmung auf der der Hirnläsion entgegengesetzten Seite und gekreuzter Tremor der Extremitäten — und der Millard-Gublerschen Facialislähmung der der Hirnläsion entsprechenden Seite und gekreuzte Hemiplegie. An Stelle der letzteren war der Tremor getreten. Mit dem Weiterschreiten des tuberkulösen Prozesses ging der Tremor, der zuerst nur rechts gewesen war, auch auf die linke Seite über, um schließlich ganz aufzuhören und einer spastischen Kontraktur aller Extremitäten Platz zu machen, während gleichzeitig auch eine Ophthalmoplegie rechts auftrat.

Die histologische Untersuchung des linken Pedunculus ergab außerhalb des Tuberkels die für die Kompressionsdegeneration charakteristischen Veränderungen. F.

G. Araoz Alfaro (Buenos Aires), Über die kindliche Tuberkulose in Buenos Aires und im besonderen über ihre diffusen Formen. (Archives de médecine des enfants. Oktober 1903.) Obwohl in der Hauptstadt Argentiniens die klimatologischen, sanitären und sonstigen Lebensverhältnisse viel bessere sind als in den großen europäischen Bevölkerungszentren, ist doch die Sterblichkeit an Tuberkulose eine ziemlich große. Der Prozentsatz bei Kindern ist ein mit dem Alter steigender, wie dies auch von anderen Autoren angegeben wurde. Während bei Kindern unter einem Jahre die Tuberkulose 1,03 % der Sterbefälle ausmacht, findet man zwischen 10—15 Jahren 20,53 %, während bei Erwachsenen das Verhältnis von 11 % ist. Auch darf nicht vergessen werden, daß viele Krankheiten der ersten Kindheit, die tuberkulöser Natur sind, als Bronchopneumonie, Meningitis, Athrepsie usw. bezeichnet werden und auf diese Weise die statistischen Zahlen verringern. Im ersten Lebensjahre geben Tuberkulose, Keuchhusten und Scharlach fast gleiche Sterblichkeitsziffern, im zweiten Jahre ist die Sterblichkeit an Scharlach größer, die an Keuchhusten geringer als bei Tuberkulose, während von diesem Alter ab letztere Affektion um vieles überwiegt.

Die klinischen Beobachtungen und zahlreiche Autopsien haben A. überzeugt, daß fast alle Tuberkulosefälle bei Kindern auf Ansteckung, hauptsächlich durch Inhalation, zurückzuführen sind und daß eine fötale Kontamination zu den großen Seltenheiten gehört. Bei Kindern, zum Unterschiede von den Erwachsenen, ist die Tuberkulose nicht auf einziges Organ beschränkt, sondern es sind gewöhnlich mehrere ergriffen. Fast immer sind aber die Lungen krank (unter 45 Autopsien 38mal), in zweiter Reihe kommen die peritrachialen und peribronchialen Lymphdrüsen, als Beweis, daß die Ansteckung vom Respirationstraktus ausging. Die relativ kleine Zahl der tuberkulösen Darmläsionen (9 unter 45) und Mesenterialganglien (19 unter 45) würde auf die Seltenheit der Infektion durch Ingestion hinweisen.

Die Tuberkulose tritt bei Kindern mit Vorliebe in diffuser Form auf, bleibt oft latent und wird erst bei der Nekropsie erkannt. Die akuten Formen sind fast immer tödlich (Miliartuberkulose), mit Ausnahme der Landouzyschen Typhobazillose, welche oft wenigstens zeitweilig heilbar ist. Die Charaktere dieser letzteren Varietät haben anfangs große Ähnlichkeit mit wirklichem Typhus, später wird das Fieber unregelmäßig, die Prostration ist weniger ausgesprochen, es erscheinen oft Symptome von seiten der Lunge, außerdem fehlt Roseola. Die Differentialdiagnose wird durch die Gruber-Widalsche Seroreaktion ermöglicht, obwohl dieselbe mitunter auch bei sicher festgestelltem Typhus fehlen kann. Übrigens darf nicht vergessen werden, daß auch eine Koexistenz von Typhus und Tuberkulose möglich ist.

Die subakuten und chronischen Formen der infantilen diffusen Tuberkulose unterscheiden sich nur durch den mehr oder weniger raschen Verlauf, und durch die verschiedene Ausprägung der Symptome. Auch hier findet man oft erhebliche Schwierigkeiten in der Diagnose. Multiple Adenopathien, Husten, leichte Temperaturerhöhungen und Schweiße, Vergrößerungen der Milz und Leber, gastrische und intestinale Störungen in Verbindung mit progressiver Abmagerung sind wichtige Anzeichen von dem Bestehen einer diffusen Tuberkulose.

Ein weiteres wichtiges Mittel zur Feststellung der Diagnose, ist das primitive Kochsche Tuberkulin in subkutanen, wenn notwendig ansteigenden Dosen von $^1/_{20}$—$^1/_5$—$^3/_5$ Milligramm, je nach dem Alter des Kindes in Zwischenräumen von 8—10 Tagen ausgeführt. Falls dieselben eine Temperaturerhöhung von 1°—1,5° geben, so ist die Diagnose auf Tuberkulose fast absolut sicher. Leider kann aber diese Methode nur bei apyretischen oder nur geringe Temperaturerhöhungen darbietenden Fällen angewendet werden.

E. Toff (Braila).

F. Grünfeld, Die Tuberkulose in der ersten Kindheit. (Spitalul. 1904. No. 4.) Die Krankheit kommt in der ersten Kindheit relativ häufig vor, da bei den Sektionen etwa ein Viertel der Kinder im Alter bis zu 2 Jahren tuberkulös gefunden wird. Da eine direkte Vererbung fast ausgeschlossen werden kann, so handelt es sich fast immer um spätere Infektion und zwar geschieht dieselbe vorwiegend von den Luftwegen aus, also durch Inhalation. Von den 26 Fällen,

die G. im Krankenhause beobachten konnte und deren Sektion vorgenommen wurde, boten 15 nur Veränderungen in den Lungen oder Mediastinalganglien, vier hatten tuberkulöse Ulzerationen der Darmschleimhaut und in 7 Fällen waren die Mesenterialdrüsen erkrankt, ohne daß gleichzeitig tuberkulöse Läsionen des Darmes bestanden hätten, während aber doch gleichzeitig Tuberkulose der Lunge gefunden wurde. Klinisch gehörten zwölf der chronischen, apyretischen Form an, während die übrigen Kinder die akute, rasch verlaufende Form der Krankheit dargeboten hatten. Im großen und ganzen wird die Tuberkulose nur ausnahmsweise in den ersten drei Lebensmonaten beobachtet,, sie erscheint häufiger von 4 Monaten aufwärts und erreicht die größte Frequenz zwischen 1—2 Jahren. Die Tuberkulose des ersten Kindesalters ist fast immer eine Allgemeinerkrankung und hat infolgedessen auch ein eigenes klinisches Bild, doch ist die Diagnose im Anfange schwer zu stellen. Die kachektische Farbe, die Schwäche, die Hypertrophie der Leber und Milz in Verbindung mit Mikroadenopathie und Fieberlosigkeit sind nach Marfan die Hauptsymptome der chronischen Tuberkulose kleiner Kinder. Dieselbe dauert durchschnittlich 2—6 Monate, während die akute Form in wenigen Wochen verläuft. Da von einer Therapie nicht die Rede sein kann, muß das Hauptaugenmerk auf die Prophylaxis gerichtet werden.

E. Toff (Braila).

Olinto, Tuberculose généralisée apyrétique chez une enfant de quatre mois. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Januar 1904.) Das betreffende Kind hatte die Tuberkulose wahrscheinlich von der Mutter erhalten. Das Körpergewicht beim Eintritte ins Krankenhaus war nur 2,900 g. Es bestand etwas Husten mit spärlichen Rasselgeräuschen, kleine Drüsen wurden am Halse und in den Achselhöhlen gefühlt. Rectaltemperatur 36,4°—36,2°—35,6°. Niemals war Fieber zu beobachten. Unter fortschreitender Schwäche trat der Tod ein und wurde bei der Nekropsie folgendes gefunden: Tuberkulös-eitrige Bauchfellentzündung, Verkäsung der Mesenterialganglien, Tuberkeln in der Leber, der Milz und dem Pankreas, sowie tuberkulöse Darmgeschwüre. Auch in den Nieren und Nebennieren wurden tuberkulöse Granulationen gefunden. Zahlreiche Tuberkeln in den Lungen, den Bronchialganglien, der Thymus, in der Pleura, dem Perikard, den Meningen, im Groß- und Kleinhirn. Trotz dieser allgemein verbreiteten Tuberkulose, verlief der Prozeß fieberlos.

E. Toff (Braila).

Jemma, Über ein neues Mittel zum Nachweis von Tuberkelbazillen in der Cerebrospinalflüssigkeit. (Rivista d. Clinica Pediatrica. Juni 1903.) Das Mittel, das zuerst von Nattan-Larrier und Griffon vorgeschlagen ist, besteht darin, daß von dem verdächtigen Material eine kleine Quantität in das Mammagewebe eines Meerschweinchens, das sich in der Laktation befindet, gespritzt wird. Die Bazillen vermehren sich in dem Gewebe, wie auf einem Kulturboden und können nach wenigen Tagen im Sekret der Mamma nachgewiesen werden. Verf. hat auf diese Weise in 3 Fällen, wo der Verdacht auf Meningitis tuberculosa bestand, den Nachweis der Tuberkelbazillen in der Cerebrospinalflüssigkeit führen können.

F.

W. Rullmann, Über die Abtötung der Tuberkelbazillen in erhitzter Milch. (Aus dem hygien. Institut München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 12.) Auf Grund angestellter Tierversuche bezeichnet R. die einstündige Erhitzung von Milch bei 68° C. unter ständigem Hin- und Herbewegen zur Abtötung als vollkommen sicher und ausreichend.

Eine sorgfältig bei dieser Temperatur erhitzte und rasch wieder abgekühlte Milch ist von Rohmilch gar nicht oder kaum zu unterscheiden, ferner erleidet außer Abtötung der Krankheitserreger bei dieser Herstellungsmethode der Eiweiß- und Lecithingehalt keine oder nur ganz geringe Einbuße, auch tritt eine Schädigung des Enzyms nicht ein. Grätzer.

Sinding-Larsen (Norwege), Jodoform bei chirurgischer Tuberkulose. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1903. No. 7.) Vom 1. Juli 1892 bis zum 28. Februar 1903 benutzte der Verf. im Seehospiz Frederiksvärn Jodoform bei ca. 300 Kindern im Alter von 3 bis 18 Jahren, im ganzen 1400mal, als 10% Jodoformglyzerininjektionen, als Pulverisationen, als Jodoformgazetampons oder als Jodoformgazeverbände. Die gewöhnliche Dosis war $^1/_2$—1 $^1/_2$ g. Die Injektionen wurden nur jede zweite oder dritte Woche vorgenommen und fast nie bei vorhandenem Nierenleiden.

Bei den Injektionen wurden nur 2mal von der Dekomposition des Jodoformes abhängige Symptome beobachtet (generelle, schnell verlaufende Erytheme, Gesichtsödem, Chemosis), nie Glyzerinintoxikationen. Jodoformintoxikation wurde 5mal beobachtet: 1. Bei einem 16jährigen Mädchen ein lokales Ekzem unter einem Jodoformgazeverband. 2. Ein juckendes Universalerythem dem Tage nach der Injektion von 5ccm Jodoformglyzerin in das Fußgelenk eines 18jährigen Mädchens. 3. Akute halluzinatorische Verwirrung bei einem 5jährigen Mädchen 14 Tage nach einer Resectio genus; die Wunde war mit Jodoformpulver bestreut und Jodoformgazetampons wurden eingelegt. 4. Heftiger Kopfschmerz, Erbrechen, Agitation, Herzschwäche und konsekutive Melancholie während mehrerer Tage bei einem 8jährigen Mädchen 15 Tage nach einer Hüftgelenksresektion; der Jodoformgazeverband war nach der Operation mehrmals gewechselt worden. 5. Delirien, Krämpfe und plötzliche Herzparalyse mit Exitus bei einem 9jähr. Knaben, bei dem im Verlaufe von 6 Wochen 4g Jodoform in spondylitische Abszesse injiziert wurde. Die letzten 2 Patienten waren von der Tuberkulose sehr angegriffen; bei keinem von diesen konnte während der Vergiftung Jod im Harne nachgewiesen werden.

Der Verf. gibt, nachdem er die Resorption und Evakuation des Jodes besprochen hat, mit Harnack (Berliner klin. Wochenschrift. 1882 No. 20 und 1883 No. 47) übereinstimmend folgende prophylaktische Regeln: 1. Bei Anwendung des Jodoforms muß man den Jodoformgehalt des Harns kontrollieren; wenn die Jodreaktion fehlt oder schwach ist, muß man das Jodoform seponieren und die Harnasche untersuchen (Jod wird nämlich nicht immer als Jodalkalien, sondern dann und wann als organische Jodverbindungen ausgeschieden), bei hohen Dosen kann doch Vergiftung trotz einer starken Reaktion eintreten. 2. Wenn die Jodreaktion stark ist und nach und nach verschwindet,

kann man die Behandlung wiederholen; man muß den großen Dosen und den häufigen Applikationen entgehen. 3. Bei sehr Kranken muß man vorsichtig sein, bei vorhandenem Nierenleiden darf man Jodoform nicht benutzen. 4. Wenn 4—12 Stunden nach der Jodoformapplikation Mißverhältnis zwischen der applizierten Menge und der Jodreaktion des Harns vorhanden ist, muß man auf seiner Hut sein. Der Verf. hat in dieser Arbeit nur die Gefahren bei der Anwendung des Jodoforms erwähnt, in einer anderen Abhandlung hofft er von dem Nutzen des Jodoforms berichten zu können, und verschiebt sein Urteil über die Zweckmäßigkeit des Medikaments bis dahin.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Brunier et **Ducroquet**, Des injections de naphtol camphré dans le traitement des tuberculoses locales de l'enfant. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. 1903. 230.) Verff. teilen eine Reihe von klinischen Beobachtungen nach Injektion von Naphtholkampfer, die sie bei verschiedenen lokalen tuberkulösen Erkrankungen der Gelenke bezw. Knochen angewandt hatten, mit. Im Verlauf dieser Behandlung beobachteten sie verschiedentlich schwerere Vergiftungserscheinungen, die sie zu einer eingehenden Untersuchung über die Wirkung des Naphtholkampfers bei Tieren veranlaßten. Die Vergiftungserscheinungen bestehen im wesentlichen in Krämpfen und Störungen seitens der Respirationsorgane. Auf Grund ihrer Beobachtungen kommen sie zu dem Schluß, daß der Naphtholkampfer so angewandt wird, daß eine Resorption vermieden wird. Es sollen daher nur 3 ccm (höchstens 5) injiziert werden. Die Injektion soll nur da gemacht werden, wo die Probepunktion Eiter ergab, nicht aber bei hämorrhagischem Charakter desselben. Besonders bei nicht erweichten Prozessen soll nicht injiziert werden. Die ersten Zeichen der Vergiftungserscheinung sind: Reizung des Rachens mit Spasmen des Pharynx, dabei soll sofort mit der Injektion aufgehört werden. Die Respirationsstörungen lassen sich durch künstliche Atmung beseitigen. Den Naphtholkampferinjektionen müssen aber Jodoformeinspritzungen folgen, um die Vernarbung zu fördern. Nach den Injektionen ist ein Kompressions- oder Immobilisierungsverband nötig.

Schreiber (Göttingen).

Cl. Riviere, Perforation of the Oesophagus by tuberculous glands. (British medical Journal. 1903. S. 193.) Es handelt sich in allen 3 Fällen um Mädchen im Alter von 10 Monaten, 1 Jahr 11 Monaten und 2 Jahren. Die Perforation war bedingt durch die tuberkulöse Erweichung der unterhalb der Bifurkation der Trachea sitzenden Drüse (wie das auch bei einem von Völker beobachteten Kranken der Fall war). Gleichzeitig bestand Tuberkulose des Darms, der Mesenterial- bezw. Retroperitonealdrüsen; bei dem 2jährigen Mädchen fanden sich drei tuberkulöse Geschwüre des Magens. In 2 Fällen hatte die Drüse ihren käsigen Inhalt in den Ösophagus entleert, so daß eine Kaverne zurückgeblieben war. R. wirft dabei die Frage auf, ob durch solche Prozesse nicht etwa Divertikel entstehen könnten. Diese Art der Perforation des Ösophagus würde sich im Leben kaum diagnostizieren lassen.

Schreiber (Göttingen).

Eugen Neter, Beiträge zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose im Kindesalter. (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 36, Heft 3—6.) Vier Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane bei Kindern im Alter von 1, $1\,^1/_2$, $1\,^1/_4$ und $4\,^1/_2$ Jahren. Alle vier Berichte enthalten Anamnese, Krankengeschichte, Sektionsbefund und mikroskopische Untersuchung und sind somit eine wertvolle Bereicherung des Materials in dieser so wichtigen und leider noch so dunklen Frage. Aus den spärlichen Mitteilungen in der Literatur und den eigenen Untersuchungen gelangt Verf. zu folgenden Schlußsätzen:

1. „Die weibliche Genitaltuberkulose im Kindesalter kommt primär vor (zumeist in Form der Tubentuberkulose).“

2. „Sie kann den Ausgangspunkt einer Peritonealtuberkulose bilden.“

3. „Es ist deshalb bei der Diagnose einer Tuberkulose des Bauchfells dieses ätiologische Moment zu berücksichtigen, eventuell bei einer Operation die Adnexe daraufhin nachzusehen.“

4. „Vaginalfluor ist bei Verdacht auf Peritonaltuberkulose oder bei skrofulösen, anämischen Mädchen stets auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. Der negative Ausfall schließt eine Genitaltuberkulose nicht aus.“

Hutzler (München).

B. Allaria, Primäre Tuberkulose der weiblichen Sexualorgane im Kindesalter. (La Pediatria. Juni 1903). Verf. gibt zunächst eine Übersicht über die in der Literatur vorhandenen Fälle; er hat deren 19 zusammenstellen können. Sein Fall betrifft ein 11jähriges Mädchen, das an Peritonitis zugrunde ging. Bei der Sektion fand man den vergrößerten Uterus mit käsigen Massen erfüllt, nach deren Entfernung man auf der Schleimhaut zahlreiche Ulzerationen und Tuberkel in den verschiedensten Stadien der Entwicklung bemerkte. Ferner bestand doppelseitige tuberkulöse Salpingitis, besonders die linke Tube war in einen mit käsigen Massen enorm erfüllten Raum umgewandelt. Die Vagina und Vulva, ebenso wie die Ovarien, die Harnblase und die Harnwege waren gesund. F.

G. Massanek, Einseitige Nierentuberkulose durch Operation geheilt. (Orvosi hetilap. 1903. No. 35. Gyermekgyògyàszat.) Mit Hilfe der klinischen Symptome und der Korànyischen Kryoskopie wurde bei einem 9jährigen Mädchen Tuberkulose der rechten Niere konstatiert; die Exstirpation zeigte die Richtigkeit der Diagnose.

Ernö Deutsch (Budapest).

Hundt, Ein Beitrag zur diuretischen Wirkung des Theocins, speziell bei akuter Nephritis. (Aus dem Elisabeth-Hospital in Bochum. Therap. Monatshefte 1904, April.) Während Theocin bei Ödemen kardialen Ursprungs recht günstig wirkte, zeigte es bei chronischer Nephritis verhältnismäßig geringe Wirkung. Überraschend gut waren die Erfolge wiederum bei akuter Nephritis. Es handelte sich meist um Scharlachnephritis bei Kindern. Nur selten versagte hier Theocin, meist zeigte es kräftige Wirkung. Daß in der Dosierung des Mittels allerdings Vorsicht zu beachten ist, zeigte sich bei einem 11jährigen Mädchen, das nach einer Dosis von dreimal täglich 0,1 epileptiforme Krämpfe, mit Bewußtseinsverlust und unwillkürlichem Abgang von Stuhl und Harn bekam. Auch als nach mehrtägigem

Aussetzen des Präparates dasselbe wieder in Dosen von 0,05 g viermal täglich versucht wurde, trat am Abend desselben Tages ein Zustand auf, den man wohl als epileptisches Äquivalent bezeichnen könnte. Es mußte hier auf Theocin verzichtet werden, obgleich das Mittel auch hier gleichzeitig starke diuretische Wirkung entfaltet hatte. Von da ab begnügte man sich bei Kindern mit Dosen von 0,03—0,05 g 3—4mal täglich, die auch stets die Diurese genügend hoben. Fast konstant zeigte sich auch stark abführende Wirkung auf den Darm, die Diarrhöen nach größeren Dosen überschritten oft die Grenze des Wünschenswerten, so daß eine Kombination von Opium zu Theocin nötig wurde. Mehrmals trat bei Kindern starke Brechneigung zutage, die indessen bald verschwand. Grätzer.

L. Loewenmeyer (Berlin), Zur Anwendung des Theocins in der Kinderpraxis. (Die Therapie der Gegenwart. April 1904.) L. berichtet über einen interessanten Fall, bei dem das 9jähr. Kind, das nach einer akuten Endocarditis eine Mitralinsuffizienz davontrug, seit 8 Monaten fast ununterbrochen Theocin erhält, das allein die schweren Kompensationsstörungen zu beeinflussen imstande ist. Das erstemal, als das Krankheitsbild ein baldiges Ableben der kleinen Pat. erwarten ließ (starke Ödeme und Cyanose, schwere Dyspnoe, Milz- und Lebertumor, Eiweiß usw.), wurde 3mal täglich 1 Tablette à 0,1 verordnet. Der Erfolg war durchschlagend. Innerhalb der ersten 24 Stunden trat ein Urinsturz von $1/2$ L. auf $3\,1/2$ L. ein, dann wurden täglich 2 L. entleert, und nach 7 Tagen waren die Krankheitserscheinungen ganz bededeutend gebessert. Die Wirkung hielt allerdings nicht lange an, und seitdem muß von Zeit zu Zeit immer von neuem Theocin ordiniert werden, so daß das Kind schon 20 Röhrchen, von denen jedes 20 Tabletten enthält, verbraucht hat. Die Tablettten helfen immer wieder, freilich sind jetzt zur Erziehung der Anfangsdiurese am 1. Tage 5—6 Stück erforderlich, dann genügen weiter 3 Stück pro die. Nachdem ein Röhrchen verbraucht ist, hält der Effekt 1—2—3 Wochen an, dann ist neuerliche Anwendung erforderlich. Grätzer.

J. Puterman, Über die Beeinflussung des Zirkulationssystems durch die Schulexamina. (Wiener med. Wochenschrift. 1904. No. 6.) P. hat an 43 Schülern der ersten 4 Klassen der Sosnowicer Realschule, 14—16 Jahre alten Knaben, Untersuchungen angestellt, deren wesentliche Resultate folgende sind: Bei Schulen der höheren Klassen war die Steigerung der Pulsfrequenz und des Blutdruckes vor dem Examen verhältnismäßig viel häufiger, als bei Schülern der niedrigeren Klassen; bei ersteren blieb der Blutdruck nach dem Examen häufiger gesteigert, während bei Schülern der niedrigeren Klassen der Blutdruck beinahe immer nach dem Examen einen größeren oder geringeren Abfall aufwies. Bei Schülern der höheren Klassen war also der Einfluß des Schulexamens auf Pulsfrequenz und Blutdruck ein mächtiger und auf letzteren auch ein andauernder. Grätzer.

J. Widowitz (Graz), Über die geistige Ermüdung der Schulkinder. (Wiener klin. Wochenschr. 1904. No. 10 u. 11.) Sehr fleißig und zweckmäßige, an Knaben und Mädchen der 4. und 5. Volksschulklasse, also an Kindern von 9—12 Jahren, angestellte Prüfungen,

welche uns — im Gegensatz zu früheren derartigen Untersuchungen — zeigen, wie die Verhältnisse wirklich liegen, und welche wichtigen Aufgaben auch hier dem Schularzt zufallen. **Grätzer.**

Berger, Die Schulbankfrage. Eine den Anforderungen der Gesundheitspflege und der Pädagogik entsprechende Schulbank. (Hygienische Rundschau XIV. Jahrg. No. 4. S. 153.) Die von B. konstruierte Bank nimmt besonders Rücksicht auf die drei notwendigen Stellungen: Schreibsitzen, Aufrechtsitzen und Aufrechtstehen in der Bank. Durch Veränderung der „Distanz“, die durch Verschiebung von Sitz und Tisch erreicht wird, ist die Bank für alle drei Stellungen gut verwendbar. Näheres ist im Original nachzulesen. Hergestellt wird die Bank — für Knaben und Mädchen einige Verschiedenheiten — in vier verschiedenen Größen von Aug. Feise in Hildesheim. **H. Walbaum (Göttingen).**

H. Daae (Norwege), Die Ursachen des herabgesetzten Gehörs bei Schulkindern. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1903. No. 8.) Unter 27000 Schülern der Volksschulen in Christiania können 11070 d. h. 41 % die Flüsterstimme in einer Entfernung von 4 Metern nicht hören; unter 490 Schülern der Spezialklassen für imbecille Kinder hatten nur 10 % normales Gehör. Also 11511 Schüler entsprachen den wissenschaftlichen Forderungen zum normalen Gehör nicht. Praktisch gesehen sind doch nur 4 % der Kinder der Volksschulen schwerhörig; ca. 0,5 % sind so schwerhörig, daß sie dem Unterricht nicht folgen können. — Der Verf. gibt eine tabellarische Übersicht der Ursachen des schlechten Gehörs und bespricht die Maßregeln, welche in der Schule genommen werden müssen, um diesem Verhalten abzuhelfen. **Adolph H. Meyer (Kopenhagen).**

Greve (Magdeburg), Ergebnisse einer zahnärztlichen Untersuchung von 84 Kindern der Magdeburger Hilfsschulen. (Deutsche med. Wochenschrift 1903. No. 43.) Als im Frühjahr 1902 die Schulkinder Magdeburgs zahnärztlich untersucht wurden zwecks Aufstellung einer ganz Deutschland betreffenden Sammelstatistik, hat G. ein besonderes Augenmerk auch auf die Hilfsschulen, in denen die geistig zurückgebliebenen Kinder Unterricht genießen, gerichtet. Diese Untersuchung ergab interessante Resultate, wenn man die Zahlen den bei den anderen Schulkindern (4522) gefundenen gegenüberstellte.

So war der Prozentsatz an Hypoplasie der Zähne bei den Kindern der Hilfsschulen ein besonders hoher, nämlich 30,95 %, gegenüber 20,40 % bei den anderen Kindern. Von den 30,95 % waren 21,43 % an der Mutterbrust gestillt, 9,52 % nicht. Wenn die Hypoplasie der Zähne in der Tat, wie es allgemein heißt, auf Rachitis beruht, so waren demnach die gestillten Kinder in weit höherem Maße damit behaftet, woraus hervorgeht, daß die Ansicht, die Rachitis würde abnehmen, wenn mehr Kinder gestillt würden, nicht zutreffen kann. Man müßte also mehr der Zweifelschen Ansicht zuneigen, daß in der schlechten Ernährung der Kinder und der Mütter selbst eine Ursache der Rachitis zu suchen sei.

Das sogenannte kontrahierte und hochgezogene Gaumengewölbe, wie es bei Idioten und Irren häufig gefunden wird, ließ

sich bei 2,38 % gegenüber 0,17 % bei den übrigen Kindern feststellen, was nicht überraschen kann, da viele Kinder der Hilfsschulen zu Idiotie hinneigen.

Strabismus fand sich bei 20,24 %, starke Myopie bei 3,57 %, starke Schwerhörigkeit bei 3,57 %. Grätzer.

Hoche (Geestemünde), Akuter ansteckender Bindehautkatarrh in einer Schule. (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 35.) In der 1. Mädchenklasse der Schule erkrankten binnen kurzer Zeit alle 60 Schülerinnen an einer Conjunctivitis, die stets binnen wenigen Tagen spontan abheilte. In den übrigen Klassen erkrankten nur vereinzelte Kinder, teilweise Geschwister der Schülerinnen der 1. Klasse daran, und auch in den anderen Schulen trat das Leiden nur ganz vereinzelt auf.

6 Wattebäuschchen, mit denen H. die Konjunktivalsäcke von 6 Pat. ausgewischt hatte, wurden im Bakteriolog. Institut in Bremen untersucht und 5 mal pyogene Staphylokokken gefunden, und ist daher die Epidemie durch Infektion mit letzteren bedingt aufzufassen. Der Einschleppungsmodus in die Klasse war nicht zu ermitteln.

Grätzer.

G. Paul-Boncour, Sur l'assistance et le traitement médico-pédagogique de certains écoliers anormaux. (Annales de médec. et de chir. infant. Jahrg. 6. S. 659.) Die interessanten Ausführungen, welche Verf. bereits auf dem internationalen Kongreß für Kinderschutz (London, Juli 1902) vorgetragen hat, lassen sich zusammenfassen in folgenden Forderungen: 1. Einrichtung von Spezialklassen für zurückgebliebene Schulkinder, 2. Errichtung von Kinderbewahranstalten, 3. Aufforderung, diesem Gegenstand größeres Interesse zu schenken, und Veranstaltung einer Rundfrage über eventuelle Maßnahmen. Schreiber (Göttingen).

Weygandt, Die Fürsorge für schwachsinnige Kinder in Bayern. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. LX, H. 6.) In Bayern haben die geistlichen Körperschaften einen weit größeren Anteil an der Idiotenpflege als im übrigen Deutschland. Eine ärztliche Leitung in den Idiotenanstalten kommt noch nirgends im entferntesten in Betracht. Die hygienischen Verhältnisse lassen viel zu wünschen übrig. Der Unterricht spielt keine große Rolle: nur 15,8 % werden als unterrichtsfähig angeführt.

Verf. verlangt die Einführung eines Hausarztes in den alten, bereits bestehenden Idiotenanstalten, neue müßten unter ärztlicher Leitung im Anschluß an das System der Kreisirrenanstalten errichtet werden. Ferner ist die Einführung von Hilfsschulen im Anschluß an das städtische Schulsystem und in Verbindung mit einem psychiatrisch gebildeten Schularzte dringend zu empfehlen. Verf. geht des näheren auf die Bedeutung solcher Hilfsschulen und die bisher herrschenden Systeme ein. Kurt Mendel (Berlin).

Alex. Szana, Die Pflege kranker Säuglinge in Anstalten. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 2.) S. schildert genau die Anschauungen, die heute über die große Mortalität in Säuglingskranken-

häusern herrschen, und über die Mittel, wie man derselben begegnet. Er faßt seine Darlegungen wie folgt zusammen:

a) Bei der Anhäufung von Säuglingen tritt selbst unter den besten hygienischen Verhältnissen ein spezielles Übel auf, welches die Gesundheit und die Entwicklung der Säuglinge gefährdet.

b) Dieses Übel ist wenigstens zum Teil eine Kontakt-Infektion.

Wenn daher die schreckliche Mortalität der Säuglingskrankenabteilungen vermieden werden soll, ist es bei dem heutigen Stande der Wissenschaft notwendig, daß:

1. reichliches Ammenmaterial stets vorhanden sei;
2. in der Einrichtung und in dem Betriebe die Prinzipien der vollkommensten Antisepsis befolgt werden;
3. speziell für diesen Zweck ausgebildete intelligente Pflegerinnen in genügender Zahl angestellt werden;
4. die Säuglinge schon im Stadium der Besserung hinausplaziert werden, ohne die vollständige Heilung abzuwarten;
5. das rekonvaleszente Kind, das nicht zu seiner Mutter zurückgelangt, eigens zu diesem Zwecke ausgewählten und ausgebildeten Musterpflegeeltern in einzelne Außenpflege übergeben werde und dort unter ärztlicher Kontrolle weiter bleibe. (Poliklinik.) Grätzer.

Anna Pölzl, Über ein kongenitales Amputationsneurom. (Aus dem Institut für pathol. Histologie u. Bakteriologie der k. k. Universität in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 5.)

Ein 6 Wochen altes Kind wurde wegen Polydaktylie behufs operativer Beseitigung der Mißbildung gebracht. Beide Füße zeigten 6 gut ausgebildete Zehen, an der rechten Hand saß dem Karpo-Metakarpalgelenk des 5. Fingers ein dreigliedriger 6. Finger auf, während die linke Hand an dieser Stelle nur einen konischen ca. 4 mm langen, an der Basis 2—3 mm im Durchmesser haltenden Auswuchs zeigte. Die Mutter des Kindes gab an, daß gleich nach dessen Geburt ein von der Spitze jenes fingerförmigen Fortsatzes abgehender häutiger Strang bemerkt worden sei, den die Hebamme mit der Schere abtrennte.

Es wurde zunächst der überzählige Finger an der rechten sowie das erwähnte Gebilde an der linken Hand entfernt, welch letzteres in bezug auf seinen histologischen Aufbau genauer untersucht wurde. Es zeigte sich, daß das Nervengewebe darin ausgesprochen vermehrt war in der Weise, wie man es sonst bei regeneratorischer Nervengewebswucherung im Anschluß an Amputationen zu finden pflegt.

Faßt man dies, den Sitz des Stummels sowie die gleichzeitig vorhandene Polydaktylie an den übrigen Extremitäten ins Auge, berücksichtigt man ferner die erwähnte anamnestische Angabe der Mutter, so wird die Annahme wahrscheinlich, daß es sich in diesem Falle um eine intrauterine, durch einen Simonardschen Strang erzeugte Amputation eines überzähligen Fingers handelt, und daß das gewucherte Nervengewebe in demselben ein Amputationsneurom darstellt. Da in dem Stummel keine Spur von Knorpel- oder Knochensubstanz zu sehen war, bleibt es dahingestellt, ob der überzählige Finger überhaupt vollständig angelegt war, oder ob er nicht ohne den Eintritt der Amputation sich nur zu einem häutigen Anhange entwickelt hätte. Andererseits wäre auch die Möglichkeit vorhanden, daß bei normal angelegtem 6. Finger die Amputation an der Basis desselben stattgefunden hat, und daß der lädierte Nerv, indem er zum Neurom auswuchs, erst den Stummel produziert. Grätzer.

E. Praun (Darmstadt), Zum Versehen des Schwangeren. (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 51.) 4jähr. Junge zeigt ein angeborenes Coloboma iridis et chorioideae. Die gesunde Mutter, die sonst nur normale Kinder geboren hat, gibt an, daß ein älterer Sohn von ihr eine Verletzung des linken Auges erlitten habe, und daß das Auge gerade so aussähe, wie das Auge des jungen Sohnes. Sie sei immer entsetzt gewesen über die Entstellung des älteren und sei gerade zu Anfang der letzten Schwangerschaft besonders erschrocken, weil sie da von der Klinik aus gerade erfahren habe, daß das verletzte Auge des älteren die ganze Sehkraft eingebüßt habe.

In der Klinik wurden die Angaben der Mutter durchaus bestätigt. Der ältere Knabe war durch einen Pfeilschuß verletzt worden; es bestand eine breite Hornhautwunde nach unten außen, durch welche Iris und Glaskörper vorgefallen waren; die prolabierte Irispartie war abgetragen worden und so ein breites Iriscolobom nach unten außen entstanden. Der Zeitpunkt, wo die Mutter die fast völlige Erblindung des Knaben erfahren, fiel zusammen mit dem Beginn der letzteren Schwangerschaft.

Grätzer.

Ödön Ràcz, Über Anstaltsbehandlung der Säuglinge. (Budapesti orvosi ujsàg. 1904. 14. I.) Bei aseptischem Betrieb und Ernährung mit Muttermilch sind die Erfolge der Säuglingsstation zu Nagsvárad ausgezeichnet. Die Stockung der Gewichtszunahme und eventuelle, in der Ätiologie dunkle Säuglingserkrankungen glaubt R. durch Versäumnis in der Anstaltsaseptik erklärt, die bei Ansammlung größeren Materials leicht vorkommen kann.

Ernö Deutsch (Budapest).

H. Brüning, Über angeborenen halbseitigen Riesenwuchs. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 9.) B. beschreibt den Fall eines $13\frac{1}{2}$ Monate alten Kindes, das von Geburt ab die Zeichen des angeborenen Riesenwuchses aufwies, und zwar rechterseits. Die Diagnose war ganz eindeutig, anderes (Akromegalie, Elephantiasis, Pseudohypertrophia musculorum progressiva, Ostitis deformans, Hemiatrophia sinistra) von vornherein auszuschließen.

Fälle von einseitiger Hypertrophie des Körpers sind recht selten. B. zählt 10 Fälle aus der Literatur auf, analysiert sie und zieht Parallelen mit seiner Beobachtung. Daß z. B. die betroffenen Körperteile nicht immer ganz gleichmäßig hypertrophieren, wie dies auch in B.s Falle zu bemerken war, sondern daß namentlich die peripheren Abschnitte oder die unteren Extremitäten nicht selten die stärksten Veränderungen zeigen, ist schon von anderer Seite beschrieben worden. Daß in B.s Falle auch der Zeige- und Mittelfinger der linken Hand hypertrophisch sind, ist zwar auffällig, doch kann diesem Befunde wohl kaum eine besondere Bedeutung beigelegt werden. Auch da liegt eine ähnliche Beobachtung in der Literatur vor (Devouges), doch waren hier nicht die Finger, sondern zwei Zehen des gesunden Fußes hypertrophiert.

Über die Ursache dieses Zustandes herrscht noch tiefes Dunkel; hereditäre Einflüsse kommen jedenfalls nicht in Betracht.

Man unterscheidet jetzt drei verschiedene Typen des kongenitalen

Riesenwuchses: „reine“ Hypertrophie mit Beteiligung sämtlicher Gewebselemente, Knochenhypertrophie mit geschwulstartiger Fettgewebsentwicklung, endlich Verdickung ohne Verlängerung der Knochen, d. h. diffuse Geschwulst der Weichteile ohne Beteiligung des Skeletts. In die dritte Kategorie ist auch B.s Fall zu rechnen, obgleich nicht mit Sicherheit anzugeben ist, welche Weichteilschicht gerade in erster Linie an der Hypertrophie beteiligt ist.

Wie auch in den anderen Fällen, war auch der Pat. B.s geistig vollständig normal. Mit Rücksicht auf das allgemeine geistige und körperliche Wohlbefinden des Kindes sowie auf das Fehlen krankhafter Organveränderungen stellt B. die Diagnose in seinem Falle quoad vitam günstig. Ob und wie mit Erfolg therapeutisch einzugreifen ist, ist vorläufig noch nicht zu übersehen. Da geringe rachitische Veränderungen zu konstatieren waren, gab B. zunächst Phosphorlebertran.

Grätzer.

Georg Amrein, Ein Fall von hereditärer Hexadaktylie nebst sechs weiteren Fällen von Polydaktylie. (Inaug.-Dissert. Basel.) Die fleißige Arbeit stammt aus dem Kinderspital in Basel, wo der eine Fall zur Operation kam. Da die Anamnese ergab, daß in derselben Familie noch mehrere Individuen mit Polydaktylie behaftet seien, stellte A. nähere Nachforschungen darüber an und gibt nun in seiner Arbeit das Resultat dieser Erhebungen wieder. Dieselben bieten recht interessante Details, auch hat der Verf. die einschlägige Literatur genau studiert und benutzt. Zwei nach Röntgenbildern angefertigte Tafeln erhöhen den Wert der Arbeit. Grätzer.

F. Prinzing, Die Erkrankungshäufigkeit nach Geschlecht und Alter. (Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 42. Heft 3. S. 467ff.) Aus der umfangreichen Arbeit sei hier nur der auf das kindliche Alter bezügliche Teil berücksichtigt.

Das vorhandene Material läßt noch große Lücken, und eine Ergänzung besonders von seiten der Kinderärzte wäre sehr wünschenswert!

Zu unterscheiden sind drei scharf begrenzte Perioden: Säuglingsperiode, Zeit bis zum Beginn des Schulbesuchs, Schulzeit. Weitaus am größten ist die Krankheitshäufigkeit in der ersten Periode, um dann ziemlich rasch abzunehmen. Bei Säuglingen stehen im Vordergrunde Krankheiten der Verdauungsorgane (ca. 27 %) und der Lunge (ca. 9,5 %); die häufigste Infektionskrankheit ist Brechdurchfall (ca. 13,7 %). Andere Infektionskrankheiten sind selten; ebenso auch die Tuberkulose. In der zweiten Periode, wo die Erkankungshäufigkeit eine bedeutend geringere ist, treten besonders die Verdauungsorgane in den Hintergrund. Dagegen dominieren Infektionskrankheiten, Lungenaffektionen, Rachitis und Skrofulose. Auch in der dritten Periode stehen zunächst noch die Infektionskrankheiten obenan, erfahren sogar zum Teil (Diphtherie und akute Exantheme) noch eine Vermehrung wohl infolge des Schulbesuches, um gegen Ende der Periode rasch abzunehmen. In den Vordergrund treten daneben die sogenannten Schulkrankheiten (Verkrümmungen der Wirbelsäule, Myopie, Chorea, Hysterie usw.). Die Geschlechter beginnen sich zu sondern, indem bei Knaben die Verletzungen eine große Häufigkeit erlangen.

Es muß bemerkt werden, daß die meist aus poliklinischem Mate-

rial abgeleiteten Berechnungen und Schlüsse mit großer Vorsicht aufzunehmen sind aus sehr naheliegenden Gründen, die auch der Verf. durchaus anerkennt.

H. Walbaum (Kiel).

Jendrassik, Beiträge zur Kenntnis der hereditären Krankheiten. Dritte Mitteilung. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 22.) An der Hand von 15 Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Hauptsätzen:

1. Die Heredität ist eine ganz spezifische Krankheitsursache, sie ruft solche Krankheitsformen hervor, die aus anderen Ursachen nicht entstehen können.

2. Es ist nicht richtig, bloß in dem Falle eine hereditäre Erkrankung anzunehmen, wenn mehrere Mitglieder einer Familie in gleicher Form ergriffen werden.

3. Die hereditären Krankheitsformen entwickeln sich nicht in ganz typischen, scharf umschriebenen Krankheitsbildern, im Gegenteil variieren die heterogensten Krankheitssymptome in endlosen Kombinationen.

4. Die hereditären Krankheiten können sämtliche Elemente des Körpers angreifen, das Nervensystem ebenso wie die Muskeln (Dystrophie), das Bindegewebe (Obesitas, Fettmangel), die Knochen (Achondroplasie, Osteodystrophie usw.), die einzelnen Organe usw. In manchen Fällen wird nur die Disposition zu verschiedenen exogenen Leiden vererbt, in anderen direkte Aplasien, Hyperplasien, Atrophien, Degenerationen.

5. Die Symptome eines hereditären Leidens können innerhalb derselben Familie größere-kleinere Unterscheide aufweisen, doch bleibt das allgemeine Krankheitsbild getreu erhalten.

6. Eigentümliche ungewohnte Gruppierung von sonst kaum zusammen vorkommenden Symptomen in chronischer, lange progredienter Entwicklung entspricht mit größter Wahrscheinlichkeit einer hereditären Degeneration.

7. Konsanguinität der Eltern erhöht in großem Maße die Möglichkeit der Entstehung einer hereditären Degeneration.

Kurt Mendel (Berlin).

E. Sharp, Abnormalities. (British medical Journal. 1903. S. 16.) 1. Verlagerung des linken Testikels im Perineum bei einem Kinde. Der Testikel ließ sich bis zum Leistenring aufwärts bewegen. 2. Überzählige Brustwarze, am Unterrand der rechten Brust bei einer Frau.

Schreiber (Göttingen).

A. Esslemont, Four Fetal malformations in one Family. (British medical Journal. 1903. S. 309.) Von den 5 Kindern der Familie besaß das erste (Mädchen) eine ausgedehnte Spina bifida in dem Lumbosacralteil, es starb nach 3 Wochen, das zweite, ein Knabe, ist gesund, das dritte (Knabe) zeigte einen Verschluß der Präputialöffnung und eine Stenose der Urethra, es starb nach 5 Wochen. Das vierte Kind (Mädchen) wurde geboren mit einer Occipitomeningocele, es starb nach 6 Monaten. Das fünfte war eine Ancephalus. Die Kinder waren alle, mit Ausnahme des letzten, welches im achten Monat geboren war, ausgetragen. Die Mutter der betreffenden Frau



hatte ebenfalls ein Kind mit einer Veränderung der Wirbelsäule geboren. Schreiber (Göttingen).

J. Scott, Imperforate anus. (British medical Journal. 1903. S. 425.) S. schnitt im Perineum an der Stelle, wo eine kleine Erhöhung den Sitz des Anus anzeigte, ein, fand den Blindsack und nähte den Darm in die äußere Wunde ein. Über den Ausgang der Operation ist nichts mitgeteilt. Schreiber (Göttingen).

Westwood Fyfe, Congenital obliteration of the colon. (British medical Journal. 1903. S. 250.) Das im achten Monat zu früh geborene Mädchen bot während des Lebens die Zeichen eines Darmverschlusses, Mangel des Stuhles (trotz Abführmittel), Erbrechen und Anschwellung im linken Hypochondrium. Mit dem kleinen Finger gelangte man im Anus nur etwa 5 cm hoch. Das Kind starb am 23. Tage. Bei der Autopsie fand man den Dickdarm in einen Blindsack in der Höhe der Flexura lienaris endigend; von dort zog ein dünner Streifen abwärts bis zu dem ausgebildeten Anus.

Schreiber (Göttingen).

F. Valagussa, Beitrag zum Studium der Pathogenese des angeborenen Megakolon. (Rivista Clinica Pediatrica. Dez. 1903.) Ein 3jähriges Kind erkrankte an totaler Obstipation und Appetitmangel, wurde in komatösem Zustand mit konvulsivischen Anfällen ins Spital aufgenommen und starb nach einigen Stunden. Bei der Sektion fand man das Kolon kolossal mit Gas aufgetrieben, seine Länge betrug 1,20 m, sein Umfang 20 cm; seine Wände waren hypertrophiert. Geschwürsbildung, Narben, stenotische Stellen usw. fehlten gänzlich. Es ist also eine primäre Ektasie des Kolon anzunehmen. Die einige Tage vor dem Exitus akut auftretende Atonie des Ileum hatte bewirkt, daß die schon von je bei dem Kinde unvollkommene Stuhlentleerung gänzlich sistierte; die toxischen Produkte, besonders bakteriellen Ursprungs, die aus den stagnierenden Fäkalmassen stammten, wurden resorbiert und bewirkten Koma, Konvulsionen und Tod.

Auf Grund der durch die mikroskopische Untersuchung festgestellten Dicke der einzelnen Schichten der Darmwand rechnet Verf. seinen Fall zu denen von wahrem Megakolon, wie es Mya beschrieben hat. Er glaubt, daß es sich um eine Ernährungsstörung der Darmmuskulatur embryonalen Ursprungs handelt. F.

Hans Vörner, Über zirkumskripten kongenitalen Defekt (Aplasie) der Cutis und Subcutis. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 66. Heft 3. 1903.) Während frühere Autoren diesen angeborenen umschriebenen Hautdefekt nur bei Totgeborenen oder bald nach der Geburt verstorbenen Kindern, stets am Kopfe lokalisiert, beschrieben, berichtet Verf. eine einschlägige Beobachtung an einem 4jährigen, sonst gesunden Knaben. Am behaarten Kopfe bestanden rechts und links von der Pfeilnaht zwei haarlose, runde, 15—25 mm große, ungleichmäßig eingesunkene, scharf umrandete, nicht pigmentierte, nicht empfindliche Flecke. Die operative Beseitigung dieser Stellen und Vereinigung der normalen Kopfhaut durch Naht ergaben ein kosmetisch günstiges Resultat. Aus dem histologischen Befund

sind besonders zu erwähnen: Mangel an epithelialen Anhangsgebilden der Cutis, Fehlen von Follikelöffnungen an der Oberfläche, Ungleichheit des Papillarkörpers, geringer Tiefendurchmesser. Die affizierte Partie bestand aus reinem, normalem Bindegewebe. Keine Degeneration oder Entzündung. Besonders bemerkenswert war eine feine Narbe im Zentrum der Plaques. Hier fehlte wahrscheinlich früher jedes Epithel und die Überhäutung vollzog sich erst während der späteren fötalen Entwicklung. In einigen der in der Literatur berichteten Fälle war dieses Zentrum noch bei der Geburt unbedeckt von Epidermis. Verf. nimmt an, daß die Affektion auf einer Entwicklungshemmung der Epidermis in frühester Fötalzeit beruhe. Die Bildung des Epithels sowie der Haar- und Drüsenanlagen hörte vom Rande der normalen Haut aus zuerst auf; die interpapillären Zapfen entwickelten sich noch weiter. Der Papillarkörper war an der Stelle jener Narbe entweder gar nicht entstanden oder durch das Fehlen der bedeckenden Oberhaut zugrunde gegangen. Eigentümlich war die Tatsache, daß auch die Bildung von Fettzellen in der Subcutis mit dem aufhörenden Wachstum der Epidermis unterblieb.

Max Joseph (Berlin).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte.

I. Versammlung zu Frankfurt a. M. am 24. Januar 1904.

(Originalbericht.)

1. A. de Bary (Frankfurt a. M.): a) **Demonstration einiger Fälle von Syphilis hereditaria tarda.**

α) 1jähriges Mädchen mit Gaumendefekt, Periostitis tibiae und Keratitis.

β) 11jähriges Mädchen mit Gumma periostale der Stirn und Periostitis des Metatarsus I.

γ) 4jähriges Kind mit Ophthalmoplegia totalis, die auf Schmierkur rasch heilte.

δ) 11- und 13jährige Kinder mit heredosyphilitischer Labyrintherkrankung, die zu absoluter Taubheit geführt hat.

ε) Fall von doppelseitiger subchronischer Gonitis bei einem 9jährigen Mädchen dessen Schwester wegen Keratitis parenchymatosa und Gumma des weichen Gaumens in Behandlung gestanden hatte. Beide Kinder durch HgJK-Therapie geheilt.

b) **Vorstellung eines Falles von Syphilis acquisita bei einem 12jährigen Mädchen.**

2. Cahen Brach (Frankfurt a. M.): **Coxa vara sinistra** bei 9jährigem Knaben. Durch Radioskopie sichergestellter Fall von rechtwinkliger Abknickung des Schenkelhalses. Durch orthopädische Behandlung Besserung der Bewegungsbeschränkung (Abduktion, Rotation).

3. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.): **6 Fälle von Dystrophia muscul. progressiva,** von denen vier eine Mutter und deren 3 Kinder im Alter von 7 Jahren, 3 Jahren, 5 Monaten, die übrigen ein Mädchen von 7, einen Knaben von 14 Jahren betrafen.

4. Cuno (Frankfurt a. M.): **Fall von geheilter Meningitis** (?). $1\frac{1}{2}$jähriges Kind, das nach Masern anscheinend an typischer Meningitis erkrankte, dabei starke Protrusio bulbi d. und starke Füllung der rechtsseitigen Gesichtsvenen. Heftige Zuckungen der rechtsseitigen Gliedmaßen, linkerseits Parese, desgleichen des rechten Nervus facialis. Nach Besserung dieser Erscheinungen stellte sich linksseitige Hämianopsie heraus. Nach 1 Jahr waren sämtliche Funktionen wieder intakt. Die Behandlung hatte in HgJK-Kur bestanden; doch hatte die Besserung schon begonnen, bevor eine Wirkung zu erwarten war.



Neapolitanische Sektion der Italienischen Gesellschaft für Pädiatrie.

II. Versammlung am 31. August 1903.

A. Carini: **Ein seltener Fall von Fissura naso-labialis.**

Weibliche Neugeborene; die Sagittalnaht ist weiter und die mittlere Fontanelle größer als in der Norm. Die Sutura interfrontalis ist sehr ausgesprochen, so daß die beiden Ossa frontalia 1 cm voneinander entfernt sind. Der Abstand zwischen den beiden innern Augenwinkeln beträgt $4\frac{1}{2}$ cm; die Nase ist in der Längsrichtung in zwei gleiche Hälften gespalten; diese Spaltung greift auch auf die Oberlippe und den Zahnfleischrand über.

A. Carini: **Beitrag zur Kasuistik der hufeisenförmigen Verschmelzung der Nieren.**

Befund bei einem $2\frac{1}{2}$jährigen an Enteritis chronica verstorbenen Kind. Der Isthmus der miteinander am innern Pol verschmolzenen Nieren ist durch Nierengewebe gebildet.

G. Ascarisi: **Radioskopische Untersuchung des kardio-vasculären Apparates bei Kindern.**

Redner teilt das Ergebnis seiner Untersuchungen über Morphologie, Topographie und Größenverhältnisse des Gefäßapparates mit und über die Veränderungen, die in diesem beim Übergange aus der wagerechten in die aufrechte Lage vor sich gehen.

Gallo: **Über einen Fall von Tetanus neonatorum.**

Mädchen, 11 Tage alt; am achten Lebenstage zeigten sich die ersten tetanischen Symptome, das Krankheitsbild verschlimmerte sich täglich. Die bakteriologische Untersuchung des Sekrets und der Nabelwunde war für den Nicolaierschen Bazillus negativ. Heilung trat ein unter Anwendung von Sublimatumschlägen auf den Nabel und Bädern von 33—34° C., Brom und subkutanen Morphiuminjektionen; dieselbe war am Ende der vierten Woche beendet.

Cozzolino: **Zur Pathogenese der Ödeme beim Neugebornen. Beitrag zur Kenntnis der Störungen bei Säuglingen, die von nierenkranken Müttern genährt werden.**

F. Cima: **Ein Fall von Anchylostomum- und Anguillula-Anämie.**

Ein 3jähriges Kind erkrankte nach der Rückkehr aus Columbia unter Zeichen von Anämie, Fieber und chronischem Darmkatarrh. Blutuntersuchung: Hämoglobin 25—30; rote Blutkörperchen 2400000; Leukozyten 15000; zahlreiche eosinophile Zellen. In den Fäces fanden sich Eier von Anchylostomum, Trichocephalus und Anguillula intestinalis. Heilung mittels Extr. filicis maris.

Fede u. Durante: **Über Varizellen; klinisch-experimentelle Beobachtungen.**

Petrone: **Ein Fall von latenter Lebercirrhose bei einem 4jährigen Mädchen.**

Durante: **Ein Fall von Adipositas dolorosa bei einem Kind mit dem Symptomenkomplex eines Hirntumors.**

Fede: **Ein Fall von Nierensarkom.**

Ein großer Abdominaltumor bei einem 10 Monate alten Knaben. Die Diagnose war sehr schwierig. Bei der Sektion ergab sich, daß es sich um ein Nierensarkom handelte.

Petrone u. Begelà: **Die Veränderungen der Milz und Thymus bei einigen experimentellen Anämien.**

Jovane: **Schwere Tuberkulose bei einem 10 Monate alten Knaben.**

Im Alter von 7 Monaten erkrankte das Kind mit Fieber, Husten Darmstörungen, Ptose des linken Augenlids, Auswärtsrollung des linken Bulbus. Im neunten Monat trat eine linksseitige Facialislähmung mit Tremor der rechten oberen und unteren Extremität auf. Mit 10 Monaten war auch eine Ptose des rechten Lids vorhanden, der Tremor verschwand, um an den linken Extremitäten aufzutreten, während ein spastischer Zustand zunächst auf der rechten, dann auch auf der linken Seite auftrat. Nach eintägigem Coma Exitus. Die Diagnose, die durch die Autopsie ihre Bestätigung erhielt, lautete auf Gehirntuberkulose mit hauptsächlicher Lokalisation am linken Pedunculus und am Pons; tuberkulöse eitrige linksseitige Pleuritis, fettige Degeneration der Leber und Niere; Darmulzerationen.

Cozzolino: **Deformationen des Skeletts bei jungen Kaninchen nach Exstirpation der Thymus.**



Redner erhielt bei zwei Kaninchen nach Abtragung der Thymus Verkrümmung der Knochen und histologische Veränderungen an den Epiphysenknorpeln, also für Rachitis typische Erscheinungen. F.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Wiener Med. Presse Nr. 9, 11, 13.)

Sitzung der Sektion für Kinderheilkunde vom 18. Februar 1904.

W. Rosenberg demonstriert mehrere Exemplare von **Taenia cucumerina**, welche er bei einem Kinde durch Extr. filicis maris (in Dosen von 1 g mit Syr. menthae) abgetrieben hat. Die Tänie ist 15—25 mm lang, der Kopf trägt ein rüsselförmiges Rostellum und ca. 60 Haken in 3 Reihen angeordnet. Zwischenwirte der Tänie sind der Hund und die Katze.

D. Ricther demonstriert 6 Neugeborene mit **Klavikularfrakturen**; von den Kindern sind zwei in Steißlage unter Manualhilfe, vier in Kopflage spontan geboren. Die Fraktur entsteht durch Anpressen der vorn stehenden Schulter an die Symphyse, aber auch die hinten gelegene Clavicula kann gebrochen werden. Die Frakturen heilen gewöhnlich gut aus, in frischen Fällen wird der typische Verband angelegt.

W. Knöpfelmacher stellt ein 13jähr. Mädchen mit **Zwergwuchs infolge schwerer Rachitis** vor. Das Mädchen ist 84 cm hoch und zeigt: Kyphoskoliose, Verkrümmungen der Extremitätenknochen, Verdickung des Unterkiefers, federnde Beschaffenheit der Knochen, Hemmung in den Ellbogen- und Kniegelenken infolge Wucherungsprozessen an den Gelenkskörpern. Im Röntgenbilde zeigen sich zahlreiche Infraktionen und Kalkarmut der Knochen. Das Kind hat mit 18 Monaten gehen gelernt und den Gang im Alter von 3 Jahren verlernt. Seither ist die Rachitis kontinuierlich fortgeschritten.

M. Kassowitz erwähnt drei analoge Fälle. Bemerkenswert sei, daß bei Rachitischen die Oberschenkel so gebogen sind, daß ihre Konkavität sich der Bauchrundung anpaßt. In solchen schweren Fällen erwies sich die Phosphortherapie als wirksam.

K. Zuppinger stellt ein 10jähr. Mädchen mit **Athetose nach Hemiplegie** vor. Das Kind macht mit den Fingern, Vorderarmen und Zehen langsame, typische, athetotische Bewegungen, welche vorübergehend von tonischem Krampf abgelöst werden. Die Krankheit besteht seit 4 Jahren und ist wahrscheinlich auf Polioencephalitis zurückzuführen, doch ist ein früheres Bestehen derselben nicht eruierbar.

W. Rosenberg macht darauf aufmerksam, daß bei Athetose die befallene Extremität im Laufe der Zeit in allen ihren Teilen atrophisch wird.

N. Swoboda demonstriert 2 Kinder mit **Trommelschlägelfingern bei einer Lungenaffektion.** Diese Deformität stellt sich bei Kindern oft überraschend schnell bei Herzfehlern, bei Lungenprozessen und auch bei schwerer Rachitis ein, wenn diese infolge von Thoraxdeformität zu Zirkulationsstörungen führt. Vortr. demonstriert das anatomische Präparat eines derartigen schwer rachitischen Thorax.

A. Lederer stellt ein Mädchen vor, welches im linken Kniegelenk durch Kontraktion des Biceps cruris und der Wadenmuskulatur eine Subluxation im Kniegelenk willkürlich erzeugen kann. Das Gelenk zeigt außer Schlaffheit der Gelenksbänder keine Abnormität.

F. Luithlen demonstriert einen 5jähr. Knaben mit einem eigentümlichen **Exanthem nach Masern.** Der Körper ist mit Ausnahme des Kopfes von hirsekorngroßen, gelblich-rötlichen Knötchen bedekt, welche ein feines Schüppchen tragen oder eine Delle zeigen und sich aus Bläschen entwickelt haben. Das Exanthem ist nach Masern aufgetreten und besteht schon mehrere Monate.

K. Schick führt ein 12jähr. Mädchen mit **tuberkulösen Geschwüren der Tonsilien** vor. Dasselbe erkrankte vor 5 Tagen plötzlich unter Fieber und Halsschmerzen, an den Tonsillen fand sich ein Belag und die Haut an den unteren Extremitäten schuppte sich lamellös ab. Im Anfange dachte man an Scharlach, bis die genauere Untersuchung ergab, daß es sich um tuberkulöse Ulzerationen der Tonsillen und um Lungentuberkulose handelte.



Diskussion zum Vortrage von Dr. Hamburger: Biologisches zur Säuglingsernährung.

S. Schlichter weist darauf hin, daß manche Kinder bei Kuhmilch gut gedeihen, während dies bei Muttermilch nicht der Fall ist, was gegen die Ausführungen des Vortr. spreche.

E. Dittoro bemerkt, daß nach seinen Untersuchungen bei Säuglingen nach Einnahme von Muttermilch keine Verdauungsleukozytose auftritt, dagegen ist sie nach dem Genuß von Kuhmilch vorhanden. Dieselbe scheint also eine Reaktion des kindlichen Organismus auf die Einführung von artfremdem Eiweiß zu bilden. Die Verdauungsarbeit muß bei der Assimilation von Kuhkasein größer sein, als bei derjenigen von Menschenmilchkasein. Die biologische Untersuchung ergibt demnach einen neuen Beweis für die Unersetzlichkeit der Frauenmilch für den Säugling.

Th. Escherich meint, daß die Ausführungen Hamburgers von allgemeinem biologischem Interesse sind, indem sie gezeigt haben, daß die Umwandlung von artfremdem Eiweiß in Körpereiweiß im Darm und nicht, wie man bisher vielfach sich vorstellte, in den Körpergeweben vor sich geht.

M. Kassowitz bemerkte, man solle die bakteriologischen Verhältnisse nicht außer acht lassen. Die Schwierigkeiten der Assimilation sind größer bei Kuhmilch und ebenso die bakteriellen Verhältnisse schlechter, als bei der arteigenen und bakterienfrei aus der Brustdrüse kommenden Muttermilch.

Sitzungen vom 3. März und 17. März 1904.

Frey demonstriert ein 20 Monate altes Kind mit **Hyperplasie der Bronchialdrüsen**, für welche folgende Symptome sprechen: Inspiratorischer Stridor, inspiratorische Einziehungen der Thoraxwand, Dämpfung an der vorderen Brustfläche zwischen der 2.—4. Rippe, links bis zur Parasternallinie, rechts bis zur vorderen Axillarlinie reichend, Dämpfung rückwärts zwischen 3.—5. Rippe zu beiden Seiten der Wirbelsäule, vermehrte Resistenz beim Palpieren der Dämpfungsbezirke und bronchovesikales Atmen daselbst. Im Röntgenbilde zeigen sich in der rechten Lunge ausgedehnte Schattenherde, welche von der Hilusregion ausstrahlen. Die Thymus ist hyperplastisch.

K. Hochsinger stellt ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind mit **mongoloider Idiotie** vor. Die Lidspalten sind klein und schief gestellt, die Nasenwurzel ist flach und vertieft, aus dem offenen Munde ragt die Zunge etwas hervor. Weitere krankhafte Veränderungen sind: Schläfengegend flach, Verbildung der Ohrmuscheln, Andeutung von Pectus carinatum, verursacht durch Verbiegung der Rippenknorpel, Schlaffheit der Gelenke und des Fettpolsters, Unvermögen zu stehen und zu gehen, abnorme Kleinheit des Penis, kleiner Schädelumfang (43 cm). Die Fontanellen sind offen, die untern Schneidezähne brechen erst jetzt durch, das Sprachvermögen fehlt, die Intelligenz ist sehr gering. Das Kind zeigt Symptome geringgradiger Rachitis, litt vor 6 Monaten an Laryngospasmus, der Fazialis war mechanisch übererregbar. Die Thyreoidea ist erhalten. Unter Schilddrüsenfütterung hat sich die Intelligenz etwas gehoben, der Laryngospasmus und das Facialisphänomen sind fast ganz geschwunden.

W. Knöpfelmacher betont, daß das Krankheitsbild mit der Schilddrüse und auch mit dem Myxödem in keinem Zusammenhange steht. Bei den von ihm beobachteten Fällen von mongoloider Idiotie äußerte die Thyreoideatherapie keinen Einfluß auf das Krankheitsbild.

Theiner führt einen hereditär-luetischen Knaben mit **syphilitischen Hautveränderungen in den Achselhöhlen** vor. Pat. ist mehrmals antiluetisch behandelt worden.

Ferner demonstriert derselbe einen 11jährigen Knaben mit **Syphilis hereditaria tarda**. Die rechte Tibia ist enorm verdickt, die Haut und die Weichteile der Unterschenkel zeigen außer Narben keine Veränderung. Es bestehen weiter Keratitis parenchymatosa an beiden Augen, Lymphdrüsenschwellung und Rhagadenbildung an den Lippen. Der Vater, welcher luetisch infiziert war, starb im 39. Lebensjahre an einer Gehirnblutung, die Mutter hat einmal abortiert, 11 Kinder starben im frühesten Alter.

Hamburger hält das Schlußwort zu seinem Vortrage: **Biologisches zur Säuglingsernährung.**

Vortr. weist darauf hin, daß seine Ausführungen, die zwar theoretisch sind, aber eine experimentelle Grundlage haben, den Zweck verfolgen, zu den bereits bekannten Momenten einen neuen Beweis dafür beizubringen, daß die beste Ernährung des Kindes die durch Frauenmilch ist. Die biologische Forschungsmethode



hat Beweise dafür beigebracht, daß die Umwandlung des Eiweißes der Tiermilch in Menscheneiweiß im Darmkanal stattfindet.

Sperk: **Über Buttermilch als Säuglingsnahrung.**

Die Buttermilch, welche je nach ihrer Gewinnung aus süßer Milch oder saurem Rahm süß oder sauer ist, zeigt folgende prozentische Zusammensetzung: Wasser 91·3, Fett 0·5, Eiweiß 3·5, Milchzucker und Milchsäure 4, Aschenbestandteile 0·7. Die Unterschiede zwischen der Frauenmilch und der Buttermilch sind folgende: Die Frauenmilch besitzt eine geringe Acidität, ihr Kasein ist an Kalk gebunden und durch Lab gerinnbar, ihr Eiweißgehalt beträgt 0·9%, sie ist fettreich und steril. Die Buttermilch hat einen geringeren oder höheren Säuregrad, ist kalkreich und fettarm, ihr Kasein ist bereits geronnen, daher durch Lab nicht mehr fällbar, ihr Eiweißgehalt beträgt 3·5% und sie liefert bei Kulturversuchen eine reiche Vegetation von Milchsäurebazillen, eventuell auch anderen Mikroorganismen. Die Buttermilch ist demnach fast ein Antagonist der Frauenmilch und wird doch in manchen Ländern zur Ernährung von Säuglingen angewendet. Im St. Anna-Kinderspitale wurden seit zwei Jahren analoge Versuche mit einer hygienisch einwandfrei hergestellten Buttermilch gemacht, welche in vielen Fällen ein ermunterndes Resultat ergeben haben. Als spezielle Indikation für die Ernährung mit Buttermilch ergaben die Versuche chronische, mit Atrophie einhergehende Darmkatarrhe, bei welchen die Buttermilch sich in vielen Fällen der Kuhmilch und Frauenmilch in ihrer Bekömmlichkeit als überlegen erwies, indem das Erbrechen und die Diarrhöe sistierten. Vielleicht ist die Ursache dieser günstigen Wirkung in dem Säuregehalte der Buttermilch zu suchen. Beim Übergang zur Ernährung mit Buttermilch wird letztere mit Milch versetzt, dann wird reine Buttermilch mit einem Zusatz von Mehl und Zucker verabreicht, wobei der Stuhl sorgfältig kontrolliert und beim Auftreten von Diarrhöe mit der Buttermilch ausgesetzt wird. Vortr. fordert zur Nachprüfung seiner Resultate auf.

Jul. Zappert demonstriert ein 2jähriges Kind mit **doppelseitiger Entbindungslähmung.** Das Kind wurde durch Wendung geboren. Als Vortr. das Kind im Alter von 6 Monaten sah, zeigte es eine Lähmung des Deltoides, Bizeps, Supraspinatus und Brachialis int. (oberen Lähmungstypus); die Arme hingen schlaff herab, waren nach innen rotiert und konnten nicht gehoben werden, im Ellbogengelenk waren Bewegungen unmöglich, die Fingerbewegungen waren frei. Gegenwärtig ist der Zustand bedeutend gebessert, es bestehen noch die Einwärtsrotation und eine Atrophie der Deltoidei. Die Behandlung bestand in Massage und Faradisation. Die doppelseitige Entbindungslähmung bildet einen seltenen Befund.

B. Weiß stellt ein 9jähriges Mädchen mit **orthotischer Albuminurie** vor. Das Kind hat Masern und Varizellen, im vergangenen Herbste Cystitis und Nephritis mit 3‰ Albumen im Harn überstanden; nach der Heilung war der Harn eiweißfrei. Gegenwärtig ist außer leichter Chlorose nichts Pathologisches nachweisbar; der Harn ist, wenn das Kind längere Zeit liegt, eiweißfrei, wenn es aber aufsteht, tritt im Urin Serumeiweiß bis zu 1‰ auf, die Eiweißausscheidung verschwindet nach einigen Stunden. Mikroskopisch finden sich im Harn Zylinder und manchmal rote Blutkörperchen. Es scheint hier mehr der Übergang aus der horizontalen Lage in die vertikale Stellung eine Rolle zu spielen als die aufrechte Stellung an sich allein.

W. Knöpfelmacher machte in mehreren Fällen die Beobachtung, daß nach Heilung der Scharlachnephritis durch längere Zeit orthotische Albuminurie fortbestand. Diese könnte demnach in manchem als Ausgang einer Nephritis und auf anatomischer Basis beruhend aufgefaßt werden.

Th. Escherich bemerkt, daß in dem vorgestellten Falle ein klares ätiologisches Moment für die Nephritis nicht zu finden war. In einem Falle hat E. orthotische Albuminurie bei Nephrolithiasis beobachtet; die Röntgendurchleuchtung des vorgestellten Mädchens ergab einen Schatten in der Gegend des Nierenbeckens, so daß vielleicht auch hier an die Anwesenheit eines Nierensteines zu denken wäre.

W. Neurath demonstriert ein 7monatiges Kind mit **halbseitiger Hypertrophie.** Dieselbe betrifft die linken Extremitäten, welche länger und umfangreicher sind als die rechten. Die linken Handwurzelknochen haben um einen Knochenkern mehr als die rechten.

Lehndorff zeigt einen Säugling mit **Barlowscher Krankheit.** Die Unterschenkel sind schmerzhaft und geschwollen, die Schwellung rührt, wie die Punktion ergab, von einem subperiostalen Bluterguß her. Der rechte Oberschenkel ist ebenfalls

schmerzhaft und geschwollen. Das Kind wurde durch 2 Monate an der Brust, dann mit oft minderwertiger Kuhmilch genährt.

Diskussion über den Vortrag von

Sperck: **Über Buttermilch als Säuglingsnahrung.**

W. Knöpfelmacher kann nach seinen Erfahrungen die Angaben des Vortr. bestätigen, daß Buttermilch bei chronischen Magen-Darmkatarrhen der Kinder mit gutem Erfolge angewendet wird, bei akuten zeigt sich keine Wirkung. Interessant ist es, daß Kinder die große Menge von Kuhmilchkasein in der Buttermilch vertragen; dies hängt wohl damit zusammen, daß es durch eine Säure gefällt und daher leicht verdaulich, ferner fein geronnen und nur mit wenig Fett vergesellschaftet ist.

Riether bestätigt nach seinen Erfahrungen in der n.-ö. Findelanstalt die meist guten Erfolge der Buttermilchernährung bei geringer Pädatrophie und bei Dystrophie, ferner nach akuten Darmkatarrhen, wenn Milch nicht genommen oder vertragen wurde. Dabei war oft nur eine geringe Beigabe von Buttermilch zur Milchnahrung erforderlich, um eine Besserung herbeizuführen. Die Ernährung mit der Buttermilch wurde so begonnen, daß zuerst ein Löffel derselben vor jeder Mahlzeit gegeben wurde; wenn dieselbe gut vertragen wurde, wurde dann eine, später mehrere Mahlzeiten von Buttermilch gegeben.

Th. Escherich weist darauf hin, daß die Buttermilch sekretionsanregend wirkt, was ihre guten Erfolge bei Dystrophien erklären könnte.

I. Internationaler Kongreß für Schulhygiene

in Nürnberg vom 4.—9. April 1904.

(Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 16.)

Der Versuch, einen internationalen Kongreß für Schulhygiene zu unternehmen, muß als überraschend gut gelungen bezeichnet werden, haben sich doch insgesamt an 1400 Mitglieder und Teilnehmer hierzu eingefunden. Ob die auch auf dem Gebiete der Hygiene sich stets weiter ausbildende Spezialisierung als ein Fortschritt zu bezeichnen ist sei dahingestellt, vielleicht wäre es von größerem Vorteil, wenn der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege seine Sitzungen und Kongresse etwas ausbauen würde, vielleicht in der Art, daß zwischen die gewohnten drei Haupttage Tage mit Einzelvorträgen aus den verschiedensten Kapiteln der Hygiene eingeschoben würden. Nachfolgendes Referat soll nicht auf Vollständigkeit in irgend welcher Weise Anspruch machen, sind jadoch über 180 (!) einzelne Vorträge und Referate angemeldet, es soll nur versucht sein, direkt das ärztliche Interesse in Anspruch nehmende gebrachte Mitteilungen zu referieren.

Der Kongreß selbst tagte an drei aufeinanderfolgenden Vormittagen gemeinsam, außerdem dazwischen und an den Nachmittagen sieben gebildete Gruppen. Dieselben umfaßten: A. Hygiene der Schulgebäude; B. Hygiene der Internate, Schulhygienische Untersuchungsmethoden, Hygiene des Unterrichts und der Unterrichtsmittel; C. Hygienische Unterweisung der Lehrer und Schüler; D. Körperliche Erziehung der Schuljugend; E. Krankheiten und ärztlicher Dienst in den Schulen; F. Sonderschulen; G. Hygiene der Schuljugend außerhalb der Schule, Hygiene des Lehrkörpers, Allgemeines.

Es sei zunächst über die drei Haupttage ein Bericht gegeben:

Eröffnet wurde der Kongreß von dem Protektor Prinz Ludwig Ferdinand, es folgten die bei diesen Gelegenheiten üblichen Ansprachen, hier des 1. Vorsitzenden des Deutschen Vereins für Schulhygiene, der bayerischen Staatsregierung, des Bürgermeisters und der verschiedenen Länder. Vertreten waren 20 europäische und außereuropäische Staaten.

Den 1. wissenschaftlichen Vortrag hielt Herr Geheimrat Dr. Hermann Cohn-Breslau über: Was haben die Augenärzte für die Schulhygiene geleistet und was müssen sie noch leisten?

Cohn konnte schon in den siebziger Jahren auf Grund eingehender Untersuchungen nachweisen, daß die Zahl der Kurzsichtigen mit den Anforderungen der Schule an das Auge von der niedrigsten Dorfschule bis zu den Gymnasien, daß ferner die Zahl der Myopen in allen Schulen von Klasse zu Klasse und daß

schließlich der durchschnittliche Grad der Kurzsichtigkeit von Klasse zu Klasse stetig aufsteigt. Die Myopie ist, wie dann in allen Ländern von den Augenärzten nachgewiesen wurde, die ausgebreitetste Schulkrankheit, der eigentliche Grund derselben ist noch unbekannt, vieles Nahesehen, erbliche Disposition und schlechte Beleuchtung befördern jedenfalls dieselbe und hat daher hier vor allem die Schulhygiene einzusetzen. Cohn kommt dann auf die von anderen Forschern als unrichtig nachgewiesene Hypothese Stillings zu sprechen, sowie besonders auf Seggels Erwiderungen und empfiehlt besonders alle Ursachen der Schulmyopie zu ergründen. Cohn erinnert an das Eintreten der Augenärzte für die Schultische, welche eine gerade Haltung des Körpers und des Kopfes ermöglichen, an die wissenschaftliche Erörterung der Steilschrift, an die Empfehlung der Geradehalter, an den Versuch, die Schiefertafeln zu entfernen, an die Verbesserung des Bücherdruckes. Es kommt ferner die Besprechung der Arbeiten über die Beleuchtung der Klassenzimmer zur Mitteilung. Auf Grund des von Weber konstruierten Tageslichtphotometer und durch die Einführung des Begriffes Meterkerzen ist jetzt überall rasche Kontrolle der Tagesbeleuchtung an Schulplätzen mittels aufgestellter Zahlen möglich; auch der Wert des gleichfalls von Weber erfundenen Raumwinkelmessers wird besprochen. Hierauf demonstriert Cohn seinen von ihm erfundenen Lichtprüfer, bei welchem durch drei graue, verdunkelnde Gläser in einer Minute eine Anzahl Ziffern gelesen werden muß. Die Lichtabsorbierung durch verschiedene Fenstervorhänge, die künstliche Beleuchtung, die Wirkung der Lampenschirme, die Überanstrengung der Kinder und hierdurch die Überanstrengung der Augen: alles ist als ein weiterer Grund für die Zunahme der Myopie zu beobachten und entsprechend richtig zu stellen. Die Forderung der Anstellung von Schulärzten ergab sich als notwendige Folge.

Cohn verlangt ferner die Lichtrevision sämtlicher Schulklassen, und zwar auf dreierlei Art: 1. mit Wingens Lichtprüfer, 2. mit Webers Raumwinkelmesser und 3. über die Helligkeit der Arbeitsplätze bei künstlichem Licht. Bei jedem Kind ist zu konstatieren, ob es an einer Bank sitzt, auf welcher es die Schrift bequem auf 33 cm lesen kann und welche Brillen eventuell dazu nötig sind. Hierzu sind selbstverständlich im Interesse der Exaktheit der Untersuchungen Augenschulärzte herzuziehen, um sofort nicht allein das „wieviel" der Kurzsichtigkeit, sondern auch das „warum" anzugeben.

Cohn hat für deren Aufgaben besondere Fragebogen ausgearbeitet, er verlangt Anstellung der Sehprüfung für jedes Auge gesondert und die Anstellung auf dem Turnplatz, da hier die Sehschärfen viel größer als in den Zimmern gefunden werden; auch der Farbensinn ist zu prüfen. Jeder abnorme Fall ist zur weiteren genauen Untersuchung einem Augenarzt zuzuschicken. Ob die Myopie mit Konkavbrillen, mit starken oder schwachen, oder ohne Brillen (für die Ferne oder für die Nähe) zum Stillstand gebracht werden kann, ist durch vergleichende Untersuchungen im Laufe der Jahre zu entscheiden. Zu fordern ist, daß die gegebenen Regeln auch im Elternhause tunlichst zu befolgen sind. Gelegenheit mit den Eltern hierüber zu sprechen und dieselben entsprechend zu belehren bieten die allerorts meist schon eingeführten Elternabende. Hier müßten die Schulaugenärzte zu Worte kommen. Cohn fügt hieran einen warmen Appell an die Augenärzte, sie mögen hierbei nicht zu sehr den Standpunkt des nur Geld verdienen wollenden Praktikers herauskehren und schließt mit den Worten: Keine Schule ohne Augenarzt.

In der zweiten Plenarsitzung am Donnerstag den 7. April c. sprach zunächst Prof. Dr. med. Axel v. Johannessen: Über Entwicklung und Stand der Schulhygiene in Norwegen. Er berührte dabei die geschichtliche Entwicklung der Schulen Norwegens in den Städten und auf dem Lande nach den Schulgesetzen von 1867 und 1889. Die Landschulen haben etwas langsamer sich den hygienischen Forderungen angepaßt als die Schulen der Städte. Er bespricht dann eingehend die Gymnastik, Schulbäder und das Sportleben, besonders den Skisport in den Schulen. Die Schulbespeisungen besonders der ärmeren Kinder stehen in Verbindung mit den Haushaltungsschulen und Schulküchen. Auch Physiologie des menschlichen Körpers, Gesundheitslehre und Schulhygiene sind in das Lehrprogramm aufgenommen.

Als zweiter Redner sprach der Hospitalarzt und Präsident der Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire Dr. Le Gendre-Paris über

die Wechselbeziehungen zwischen Schülern und Lehrern in bezug auf ansteckende Krankheiten und moralische Einflüsse.

Wechselbeziehungen bestehen zwischen Lehrern und Schülern gegenseitig und bei den Schülern unter sich. Besonders eingehend wendet sich Redner der Tuberkulose zu. Gerade die Schule bietet ausgedehnte Gelegenheit zur Übertragung dieser Krankheit. Die schlechte Luft in überfüllten Schulklassen, die Überanstrengung der Atmungs- und Sprechorgane, die Ermüdung durch zu große Stundenzahl, in vielen Fällen auch ungenügende Ernährung infolge zu kärglicher Entlohnung begünstigen die Empfänglichkeit der Lehrer für die Tuberkulose. Bei den Schülern spielt oft das Wohnungselend der großen Städte und die erbliche Belastung eine Hauptrolle. Die Infektionsgefahr zwischen Lehrern und Schülern ist im großen und ganzen wohl dieselbe, die eben jeder Tuberkulöse für seine nächste Umgebung abgibt, nur wird sie im geschlossenen Raum besonders durch den vielen Staub, welcher auch von der Straße mit hereingeschleppt wird, und die große Anzahl der im Schulzimmer Anwesenden noch erhöht. Dazu kommt aber als besonderes Moment noch die Übertragung durch bazillenhaltigen Speichel bei der gemeinsamen Benützung von Gegenständen, welche zum Munde geführt werden, wie Bleistifte und Federn, oder durch Speichelbefeuchtung von Schiefertafeln, Bücherblättern usw. Redner sieht in der Verringerung der Schülerzahl, besserer Ventilierung, in dem Verbote trocknen Ausfegens und in der Vermeidung der Anstellung tuberkulöser Lehrer die Hauptmaßregeln gegen die Verbreitung der Tuberkulose in den Schulen. Einmal erkrankte Lehrer sind baldmöglichst in geeigneten Sanatorien unterzubringen. Für tuberkuloseverdächtige Kinder glaubt Redner in der Errichtung von medizinisch-pädagogischen Anstalten auf dem Lande oder an der See das richtige Mittel gefunden zu haben.

Hinsichtlich der moralischen Einflüsse unterscheidet Redner einmal eine Übertragung nervöser, krankhafter Störungen, wie Hysterie, Veitstanz, Neurasthenie usw., bei welchen die Entfernung des Kranken aus der Schule wohl das einzige und beste Mittel gegen die Weiterverbreitnng bildet. In einem gewissen Gegensatz hierzu stehen dann in zweiter Linie die Störungen der Geistestätigkeit: Aufregungszustände, Verfolgungswahn, Melancholie, sittliche Defekte der Lehrer. Unter den Mitteln zur Abhilfe gegen derartige Schäden stehen die Bestrebungen, welche auf einen gesunden, kräftigen und abgehärteten Körper abzielen, obenan. Außerdem ist bei der Aufnahme in die Schule und noch mehr in die Lehrerbildungsanstalten mit der größten Sorgfalt und Auswahl zu verfahren; auch eine Überlastung und Überbürdung in jeder Richtung zu vermeiden, soll Aufgabe der Anstaltsleiter sein.

Es folgt dann der Vortrag des Mannheimer Stadtschulrates Dr. Sickinger: Über die Organisation großer Volksschulkörper nach der natürlichen Leistungsfähigkeit der Kinder, eine Anregung, welche weniger vom medizinischen Standpunkt aus, als besonders im pädagogischen Interesse von nicht geringer Bedeutung ist, um so mehr als in den Mannheimer Volksschulen diese Neuorganisation nach 1. mittel- und besserbefähigten Schülern, 2. mäßig schwachen Schülern und 3. krankhaft schwachen Schülern zur völligen Zufriedenheit aller beteiligten Faktoren durchgeführt ist.

Den Schluß der 2. Plenarsitzung machte Dr. Hueppe-Prag mit seiner Arbeit über: Die Verhütung der Infektionskrankheiten in der Schule. Hueppe bekämpft zunächst in äußerst lebhafter Weise die Unklarheit, welche einmal in der Art und Weise liegt, wie von ärztlicher Seite Wünsche und Forderungen bei Behörden oder sonst maßgebenden Faktoren angebracht werden, und die zweitens sich bei der Feststellung der Infektionskrankheiten geltend macht, welche für die Schüler von Bedeutung sind. Die Ärzte sollen sich selbst helfen, nicht zu weit gehen und das was sie wollen, klar fordern. Bei den Infektionskrankheiten, welche für die Schulen in Betracht kommen, macht er einen Unterschied zwischen Schulhauskrankheiten und Schulinfektionskrankheiten. Bei den ersteren, zu denen Cholera, Unterleibstyphus und Ruhr gehören, ist Anzeigepflicht und Isolierung ganz unabhängig von der Schule durch die Sanitätsgesetzgebung aller Kulturstaaten geregelt: die Schule braucht deshalb nicht damit belastet zu werden. Bei den eigentlichen Schulinfektionskrankheiten ist zunächst eine scharfe Umgrenzung notwendig, wobei übrigens die verschiedenen Anlagen der Kinder und die Infektionsmöglichkeit zu berücksichtigen sind. Redner unterscheidet drei verschiedene Gruppen: die wichtigste sind Masern und Keuchhusten, der Typus der

Schulinfektionskrankheiten, bei denen die Empfänglichkeit und die Disposition zurücktritt gegenüber der Infektion. Dann folgen Speicheldrüsenentzündung und Windpocken und endlich als dritte Gruppe Scharlach und Diphtherie. Die Pocken schaltet Redner, obgleich für die Schule nicht ohne Bedeutung, nach Maßgabe des Impfzwanges in den einzelnen Ländern aus; für Deutschland sind sie jedenfalls bedeutungslos geworden. Für die Krankheiten der ersten Gruppe, welche schon zu einer Zeit übertragbar sind, in welcher dieselben noch gar nicht erkannt werden können, fordert Redner eine größere Strenge in der Durchführung der Schulschließungen, eine geringere Belegung der einzelnen Schulklassen mit höchstens 50 Schülern und eine größere Exaktheit in der Durchführung der Isolierung. Die zweite Gruppe ist bei strenger Isolierung relativ leicht zu bekämpfen: Bei Scharlach und Diphtherie, ganz besonders aber bei letzterer, ist die Krankheitsanlage eine weit geringere als bei den übrigen Infektionskrankheiten. Auch bezüglich des Diphtheriebazillus muß hervorgehoben werden, daß zwei oder drei Erkrankungen, z. B. in ein und derselben Familie, von zwei oder drei verschiedenartigen Bazillen hervorgerufen sein können. Auch ist bei Scharlach und Diphtherie die Ansteckungsmöglichkeit eine außerordentlich lange. Es ist übrigens allgemein bekannt, daß auch Gesunde Diphtherie- und Tuberkelbazillen beherbergen können, ohne davon infiziert zu werden. Hueppe glaubt, die Desinefektion, wenn auch nicht ganz, so doch in vielen Fällen entbehren zu können, wenn z. B. in den Schulzimmern eine tägliche Reinigung Platz greifen würde. Die Erziehung zur Reinlichkeit würde, ganz besonders die Gefahren der Tuberkulose, welche im Kindesalter übrigens meist überschätzt werden, ganz erheblich herabmindern. Tuberkulose bei Lehrern sei weit gefährlicher. In prophylaktischer Hinsicht sollten besonders die Ferienkolonien nach Möglichkeit unterstützt und erweitert werden.

In der Schlußplenarsitzung am Samstag den 9. April hielt zunächst Dr. L. Liebermann, Professor der Hygiene in Ofen-Pest, einen Vortrag über: Die Aufgaben und die Ausbildung von Schulärzten. Das Schwergewicht der Tätigkeit der Schulärzte sei nicht in ihrer ärztlichen Tätigkeit, sondern in ihren Aufgaben als hygienische Sachverständige, als Ratgeber der Schulleitung und des Lehrkörpers zu suchen. Die Schule ist keine Sanitätsanstalt, welche den Gesundheitszustand der Schüler zu überwachen hat, auch wenn die Allgemeinheit nicht gefährdet ist. Sie hat nur, da sie die Schüler zwingt, die Schule zu besuchen, dafür zu sorgen, daß der Unterrichtsbetrieb selbst keine Schädigung der Gesundheit des Schülers bewirkt. Eines der wichtigsten Mittel zur Verbreitung hygienischer Kenntnisse in weiteren Kreisen ist der hygienische Unterricht, und zwar soll der Schularzt auch Lehrer der Gesundheitspflege sein. Mit Rücksicht auf die Überbürdung der Schüler besonders an den Mittelschulen soll der Schularzt seinen Einfluß auf den Lehrplan und die Lehrmethode geltend machen. Redner geht dann zu einer Polemik gegen die humanistische Bildung der Gymnasien über und fordert auch vom hygienischen Standpunkt aus eine einheitliche Mittelschule mit einem dem modernen Leben angepaßten Lehrplan, der eine harmonische geistige und körperliche Ausbildung und Entwicklung der Schüler ermöglicht. Die Ausbildung der Schulärzte muß neben der speziell ärztlichen auch eine solche in der wissenschaftlichen Hygiene und in der Pädagogik sein, für welche ein besonderer Nachweis zu erbringen ist.

Dr. med. et phil. James Kerr-London sprach als zweiter Redner über die Hauptforderungen, die an die Lüftung in den Schulen zu stellen sind, und demonstrierte dabei die Maßnahmen, welche in England und Amerika hierfür getroffen sind. (Schluß folgt.)

IV. Neue Bücher.

F. Frühwald. **Kompendium der Kinderkrankheiten.** Verlag von Fr. Deutike (Leipzig u. Wien). Preis Mk. 12.

Der bekannte Wiener Pädiater legte in diesem kompendiösen pädiatrischen Hilfsbuche seine langjährigen Erfahrungen nieder, und speziell die praktischen Ärzte werden ihm sehr dankbar dafür sein, daß er dies nicht in einem stattlichen Lehrbuche getan hat, sondern in einem kurzen Nachschlagebuche, welches auch der beschäftigtste praktische Arzt rasch und bequem zur Orientierung benutzen kann, zumal die ganze Anordnung des Stoffes darauf gerichtet ist, das Nachschlagen zu er-



leichtern. Der Verfasser hat recht zweckmäßig die alphabetische Anordnung gewählt, und bei den Schlagworten nicht nur die einzelnen Krankheiten berücksichtigt, sondern auch sonstige wichtige pädiatrische Themen, wie „Abhärtung", „Ernährung", „Lumbalpunktion" usw. So findet jeder rasch gerade das, was er sucht, und braucht stets nur gerade das zu studieren, worauf im Moment sein Wunsch gerichtet ist. Der Autor versteht es vortrefflich, mit wenig Worten viel zu sagen, und trotz aller Kürze klar und anschaulich das Nötige dem Leser vorzuführen. Mit Recht legte er auf die Symptomatologie besonderes Gewicht, hat aber auch stets darauf gesehen, der Therapie den ihr gebührenden Raum zu gewähren, dabei den prophylaktischen und diätetischen Maßnahmen immer Rechnung tragend und die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft sich zunutze machend. 165 Abbildungen, die meist wohlgelungen sind, tragen dazu bei, das Kompendium in seinem Wert noch zu erhöhen, und so dürfte dasselbe sich rasch in die Kreise der Studierenden und Ärzte Eingang verschaffen.

— Im gleiche Verlage erschien gleichzeitig die 5. Abteilung des Werkes von Czerny und Keller: **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** Auch diese Abteilung weist die Vorzüge seiner Vorgänger auf, die wir ja oft genug hervorgehoben haben. Grätzer.

K. Oppenheimer. **Über natürliche und künstliche Säuglingsernährung.** Verlag von J. F. Bergmann (Wiesbaden). Preis 80 Pf.

Der Inhalt des kleinen Büchleins wird gebildet von zwei Vorträgen, die O. in einem ärztlichen Fortbildungskurse hielt. Verf. tritt energisch für das Stillen der Mütter ein und weist darauf hin: Es gibt keinen vollwertigen Ersatz für die Muttermilch. Ist diese nicht dem Kinde zu gewähren, dann plädiert O. für Vollmilch, die, unter gewissen Kautelen gereicht, die günstigsten Resultate zeitigt, und für Pasteurisierung derselben. Er selbst hat fürs Haus einen Pasteurisierungsapparat konstruiert, der sich bisher bestens bewährt hat. Die Lektüre der kleinen Arbeit sei den Kinderärzten ans Herz gelegt. Grätzer.

A. Schanz. **Die statischen Belastungsdeformitäten der Wirbelsäule mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Skoliose.** Verlag von Ferd. Enke (Stuttgart). Preis: Mk. 9.

Der Verfasser führt uns in seinem Buche die kindliche Skoliose im Rahmen ihrer natürlichen Verwandtschaft vor und zieht für die Behandlung die Lehren, welche sich aus dieser Verwandtschaft ergeben. Das ist zweifellos der richtige Weg zur besseren Erkenntnis dieser Krankheiten sowie zur Weiterentwicklung der Therapie, und der Verf. hat sich ein Verdienst dadurch erworben, daß er diesen Weg mit gebahnt hat und uns auf demselben als leicht verständlicher und gewissenhafter Führer dient. S. hat der Therapie einen breiten Raum gegönnt und bespricht eingehend und erschöpfend die Prophylaxe, die Behandlung der werdenden und die der fertigen Deformität. 118 recht gute Illustrationen dienen dazu, gewisse Teile dieses Abschnittes, sowie der vorausgehenden, welche sich mit der Pathologie und Ätiologie der Deformität beschäftigen, noch verständlicher zu machen. Grätzer.

H. de Rothschild. **Traité d'Hygiène et de Patologie du nourrisson et des enfants du premier age.** I. Band. Paris, Octave Doin. 753 Seiten. Preis 15 Francs.

In Verbindung mit mehreren Fachgenossen hat R. in dem vorliegenden Buch wohl die ausführlichste Darstellung der Hygiene und der Krankheiten des ersten Lebensalters gegeben. Den klaren und fließend geschriebenen Ausführungen sind eine Reihe, zum Teil recht guter Abbildungen beigefügt, wie ich sie auch manchem deutschen Werke wünschen möchte. Behandelt worden sind: 1. Die Hygiene (speziell auch die Ernährung) des gesunden und des kranken Neugeborenen, die Erkrankungen des Nabels, die Infektionskrankheiten, die Krankheiten des Urogenitalapparates, des Nervensystems und der Ernährung. Zu bedauern ist, daß auf die Literatur zu wenig Rücksicht genommen worden ist, einzelne Kapitel sind in der Beziehung recht zu kurz gekommen. Bei dem Umfang des Werkes wird man unwillkürlich eine bessere Berücksichtigung der Literatur vorausgesetzt haben. Auf Einzelheiten kann man bei dem reichhaltigen Material nicht wohl eingehen, ob alle Krankheiten berücksichtigt sind, wird sich bei der Fortsetzung des Werkes erst beurteilen lassen. Schreiber (Göttingen).

Neue Dissertationen.

Becher, W. Über Walderholungsstätten für kranke Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulösen (Leipzig). — **Burckhardt, H.** Ein Fall von multipler Sklerose im Kindesalter (Kiel). — **v. Czigler, Fr. Wilh.** Die Behandlung der Melaena neonatorum und analoger Blutungen mit Hydrastinin (Kiel) — **Fischer, L.** Ein Fall von kongenitaler Atresie des Konus der Arter. pulmonalis, verbunden mit Trikuspidalstenose und Insuffizienz (Leipzig). — **v. Gößnitz, W.** 6 Fälle von linksseitigem Zwerchfelldefekt (Jena). — **Häseler, Fr.** Zur Kasuistik der hereditären Ataxie (Leipzig). — **Henkel, O.** Ein Beitrag zur Statistik der Chorea auf Grund der in den Jahren 1890—1902 in der medizinischen Klinik zu Göttingen beobachten Fälle (Göttingen). — **Hirsch, P.** Über die aphthöse Mundentzündung (Leipzig). — **John, M.** Über das Auftreten multipler Spontanfrakturen im frühen Kindesalter (Breslau). — **Kolbe, W.** Über traumatische subkutane Schädelfrakturen im Kindesalter (Breslau). — **Ledeganck, L.** 30 Jahre Hasenschartenchirurgie 1871 bis 1901 (Marburg). — **Leupolt, P.** Über Bradykardie bei Diphtherie (Leipzig). — **Liessen, P.** Über das Vorkommen von Ascaris lumbricoides im menschlichen Körper, speziell in der freien Bauchhöhle (Bonn). — **Lindemann, Ferd. P.** Kasuistischer Beitrag zur Frage der angeborenen klappenförmigen Verengerung der Pars prostatica urethrae (Jena). — **Lorey, K. A.** Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt mit besonderer Berücksichtigung des späteren Schicksals der Kinder. 137 Fälle aus der k. Univers.-Frauenklinik zu Halle a. S. (Halle). — **Moeller, R.** Die Mischgeschwülste der Blase im Kindesalter (Leipzig). — **Oppler, Th.** Über Säuglingsernährung mit gelabter Vollmilch (Breslau). — **Philippson, P.** Über den Eisengehalt der Leberzellen bei Neugeborenen und Kindern im 1. Lebensjahre (Breslau). — **Poos, F.** Ein Beitrag zur Statistik der Diphtherie (Göttingen). — **v. Randow A.** Der Einfluß der Schutzpockenimpfung auf Wöchnerinnen, Neugeborene und Kranke (Greifswald). — **Sievers, R.** Kongenitaler Femurdefekt (Leipzig). — **Tintenmann, W.** Über die Behandlung der Rachitis mit Phosphorlebertran (Göttingen). — **Wernicke, O.** Über die „hereditäre Ataxie" Friedreichs und die „Hérédoataxie cérébelleuse" P. Maries, im Anschluß an zwei in der k. Nervenpoliklinik in Breslau beobachtete Fälle (Breslau). — **Winterhagen, Al.** Über den Einfluß der Abnabelungszeit auf die Gewichtszunahme der Kinder (Gießen). — **Zellfelder, Ad.** Kasuistischer Beitrag zur Entstehung der Säuglingstuberkulose (München).

V. Monats-Chronik.

Die Zentrale für private Fürsorge in Frankfurt a. M. (Hochstr. 25) sendet uns einen Bericht zu über den im Jahre 1904 abgehaltenen Kursus für Kinderfürsorge, der sehr günstige Resultate ergab. Zugleich unterbreitet sie folgenden Plan für den Ausbildungskursus in der Kinderfürsorge für Damen und Herren (vom 18. bis 25. Juni zu Frankfurt a. M. 1903). Der Kursus wird den Teilnehmern Gelegenheit geben, sich über die wichtigsten Fragen der Fürsorge für Kinder bis zur Schulentlassung praktisch und theoretisch zu unterrichten. In näher zu bestimmender Weise sollen Vorträge mit Besichtigungen, Erörterungen praktischer Fälle mit allgemeineren Diskussionen wechseln. Bei den Vorträgen werden besonders Praktiker zum Wort kommen, die aus eigenen Erfahrungen berichten können. Die allgemein orientierenden Vorträge haben, außer dem Leiter des Kursus, Herrn Dr. Klumker, die Herren Stadträte Dr. Flesch und Dr. Wöll übernommen. Der Kursus wird die folgenden Fragen behandeln (die zur Besichtigung vorgesehenen Einrichtungen sind in Klammern angeführt):

1. Oeffentliche Kinderpflege. (Ländliche Kolonien von Pflegekindern; geschlossene Waisenhäuser.)
2. Vormundschaft und uneheliche Kinder. (Einrichtung einer Kollektivvormundschaft; Kinderpoliklinik; Besuch von Kostkindern.)
3. Gemeindewaisenrat. (Bureau des Waisenamts.)
4. Säuglingspflege und Krippen. (Mustermilchwirtschaft; Familienkrippe.)
5. Kinderbewahr-Anstalten, Kleinkinderschulen, Kindergärten.
6. Kinderhorte, Handfertigkeitsunterricht.

7. Sommerpflege, Ferienkolonien, Badekuren, Landaufenthalt. (Auswahl und Ausrüstung einer Ferienkolonie; Erholungshäuser für Kinder in Bad Orb und Bad Soden i. T.)
8. Ferienwanderungen.
9. Gefährdete Kinder; Fürsorge-Erziehung; Rettungsanstalten. (Erziehungsanstalten in Nieder-Erlenbach.)
10. Gebrechliche und kranke Kinder. (Idiotenanstalt Idstein; Frankfurter Taubstummen- und Blindenanstalt; Hilfsschule; Kinderhospital.)

Auf besonderen Wunsch können nach Schluß des Kursus noch Besichtigungen weiterer Anstalten stattfinden. Die genaue Zeiteinteilung erhält jeder Teilnehmer bei seiner Ankunft. Wir empfehlen zur vorlaufigen Orientierung Dr. Brückners Buch: Öffentliche und private Fürsorge in Frankfurt a. M., Heft 1, Erziehung und Unterricht. Es kann auf Wunsch durch uns bezogen werden.

Einladung: Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte ladet zum Sonntag den 5. Juni zu einer pädiatrischen Versammlung im Restaurant Kunstpalast (Lukaszimmer) innerhalb der (vom 1. Mai ab stattfindenden) Internationalen Kunst- und Gartenbau Ausstellung ein.

Die wissenschaftliche Sitzung findet vormittags statt von 9^30 ab. An Vorträgen sind bis jetzt angemeldet:

I. Die Tuberkulose des Säuglingsalters.
   a) Die Eintrittspforten der Tuberkulose. Ref. Herr B. Fischer (Bonn).
   b) Klinik der Tuberkulose der Bauchorgane. Ref. Herr Ungar (Bonn).
   c) Klinik der Tuberkulose der Hals- und Brustorgane Ref. Herr J. G. Rey (Aachen).

II. Herr Maas (Aachen): Über Stottern.

III. Herr Paffenholz (Düsseldorf): Über Barlowsche Krankheit.

IV. Herr Rensburg (Elberfeld): Der diagnostische Wert der Blutuntersuchung bei Kindern (Sammelreferat).

V. Herr Selter (Solingen): Über die Askaridenkrankheit.

Nach der Sitzung gemeinschaftliches Mittagessen und nachher Besichtigung der Ausstellung. Weitere Anmeldungen zu Vorträgen werden bis zum 20. Mai an Dr. Selter Solingen erbeten. Freunde unserer Bestrebungen sind ergebenst eingeladen und erhalten auf Wunsch die endgültige Tagesordnung nach dem 20. Mai zugesandt. Nichtmitglieder und Mitglieder der Vereinigung werden gebeten ihre Teilnahme 8 Tage vor der Sitzung dem Vorstande mitzuteilen.

I. A.: Dr. J. G. Rey.

Berlin. Vor kurzem fand hier die konstituierende Versammlung des Vereins zur Errichtung eines **Säuglings-Krankenhauses** unter großer Beteiligung statt. Den einleitenden Vortrag hielt Dr. W. Buttermilch. Es folgte das Referat des Dr. Julius Ritter über die Aufgaben und Ziele des Vereins. An diese beiden Vorträge schloß sich eine anregende Diskussion, an der sich besonders der ehemalige Stadtverordneten-Vorsteher und Krankenhausdirektor aus Posen, Sanitätsrat Landsberger und Stadtrat Samter (Charlottenburg) beteiligten. Den Schluß der Tagesordnung bildete die Annahme der Statuten und die vorläufige Konstituierung des Vorstandes und Arbeitsausschusses.

Breslau. **Ein weiblicher Schularzt.** In Breslau ist die Stelle eines Schularztes zum erstenmal mit einer Dame, Fräulein Dr. Oppler, besetzt worden.

VI. Personalien.

Dr. J. Raczynski, außerordentlicher Professor der Kinderheilkunde in Krakau in gleicher Eigenschaft nach Lemberg versetzt. — **Dr. Langstein** in Berlin zum Assistenten an der k. Universitätskinderklinik daselbst ernannt. — Gestorben: **Hofrat Dr. Wertheimber** in München.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Juli 1904. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Vitium cordis organicum congenitum in forma endocarditidis fibrosae ventriculi sinistri et atresiae ostii aortae.

Von

Dr. **F. Röhrle,**

Ordinator des Kaiserlichen Findelhauses in Moskau.[1])

Das Herz gehört einem Säuglinge männlichen Geschlechts von folgender Konstitution an. Gewicht = 3160 g, Körperlänge = 50 cm, Brust- und Kopfumfang je zu 34 cm. Der Säugling ist in Moskau am 3. Februar geboren, am 4. Februar ins Findelhaus gebracht worden und am 5. desselben Monats gestorben. In der Krankheitsgeschichte wurde nur eine Cyanosis verzeichnet.

Schon nach der Öffnung der Brusthöhle fällt das Herz seiner Konfiguration, Größe und Situation wegen auf. Es ist 1 $^{1}/_{2}$- bis 2mal größer als in der Norm, sein Apex ist abgerundet. Das linke Herz ist im Vergleich mit dem rechten, wenn wir von außen die Grenze desselben durch die Richtung des Sulcus longitudinalis bestimmen, um 7—8 mal kleiner. Der äußeren Gestalt nach bildet es sozusagen eine Zugabe. Die Furche zwischen dem rechten und linken Herzen (Sulcus longitudinalis) hat eine horizontale Richtung.

Wenn wir nun die Hauptgefäße betrachten, so müssen wir vorerst die anatomisch regelrechte Lage zueinander vermerken: voran liegt die Arteria pulmonalis, hinter ihr und ein klein wenig links die

[1]) Demonstration in einer Medizinalversammlung russischer Ärzte in Moskau.

Aorta. Ihre Größe (Dicke) stellt verhältnismäßig bedeutende Abweichungen dar. Die Arteria pulmonalis, sowie auch der Ductus Botalli sind sehr ausgedehnt. Die Aorta aber, von ihrem Anfang an bis zur Mündung in den Ductus Botalli, ist sehr eng.

Bei Besichtigung der inneren Teile des Herzens und der Gefäße muß die vollständige Schließung des Orificii aortae und Verengung des Ostii venosi sinistri erwähnt werden. Das Endocardium des linken Herzens ist grau, hart und verdickt (ca. 1 mm dick); hierbei sei auch sein sehniger Zustand erwähnt. Die linke Herzkammer ist erbsengroß.

Die Papillarmuskeln sind verdickt, desgleichen auch die Valvula bicuspidalis. Eine konzentrische Hypertrophie des linken Herzens.

Das rechte Herz und seine Kammer sind vielfach größer als das linke. Eine exzentrische Hypertrophie. Die Papillarmuskeln sind ebenfalls verdickt. Zwischen beiden Herzen besteht keine Kommunikation.

Die Vorhöfe sind ausgedehnt. Foramen ovale apertum. In den inneren Organen, in der Haut, den Knochen, den Muskeln usw. sind keine pathologischen Veränderungen vorhanden.

Die Eltern blieben unbekannt.

II. Referate.

M. Cohn, Ein Fall von angeborenem Herzfehler. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 18.) Ein Kind starb im Alter von 1 Jahr und 4 Monaten an Pneumonie. Seit Geburt ab zeigte es Zyanose, die für gewöhnlich leichter Natur war, aber bei der geringsten Bewegung recht intensiv wurde. Die physikalische Untersuchung des Herzens ließ völlig im Stich, erst die Sektion brachte Aufklärung. Es fanden sich: Stenose des Conus arteriosus dexter, offenes Foramen ovale, Defekt des Septum ventriculorum, Atresie des Ostium venosum dextr., Fehlen der Valvula tricuspidalis.

Wie werden wir uns nun die Kreislaufsverhältnisse in dem vorliegenden Falle zu erklären haben? Der Verschluß des Foramen ovale, wie er normalerweise als Folge der nach der Geburt durch die Respiration hervorgerufenen Kreislaufsveränderungen und die dadurch bedingte Ausgleichung der Druckverhältnisse in den beiden Vorhöfen eintritt, mußte hier unterbleiben einerseits infolge der durch die Atresie des Ostium venosum dextrum geschaffenen Erhöhung des Druckes im rechten Vorhofe, andererseits infolge der gleichzeitigen Verminderung des Druckes im linken Vorhofe durch die aus der Pulmonalstenose resultierende geringe Blutzufuhr der Lungenvenen. Das aus den beiden Hohlvenen in den rechten Vorhof einströmende Blut fließt also durch das Foramen ovale in den linken Vorhof, mischt sich dort mit dem Blut aus den Lungenvenen, kommt darauf in den

linken Ventrikel und wird von diesem teilweise in die Aorta, teilweise in den rechten Ventrikel getrieben.

Diese minimale Blutmenge, welche der rechte Ventrikel in die Pulmonalis zu befördern hatte, bietet offenbar eine Erklärung dafür, daß trotz der erheblichen Stenose ein Geräusch nicht wahrgenommen werden konnte; andererseits mußte auch das bei Septumdefekten vielfach beobachtete, auf das Aufeinandertreffen der Blutwellen aus dem linken und rechten Ventrikel zurückgeführte Geräusch infolge des fehlenden Blutzuflusses aus dem rechten Vorhof in den Ventrikel hier fortfallen. Ob auch der Verschluß des Ostium venosum dextrum durch Rückstauung des Blutes in die Körpervenen die hochgradige Zyanose veranlaßte, oder solche in der Mischung des arteriellen Blutes des linken Vorhofes mit dem aus dem rechten Vorhofe einströmenden ihren Grund hatte, bleibe dahingestellt; vielleicht haben beide Faktoren hierbei mitgewirkt. Grätzer.

E. Schreiber, Ein Fall von angeborener Mißbildung des Herzens. (Virchows Archiv. Bd. 173. Heft 2. 1903.) Die Anamnese berichtet, daß der $2^1/_2$ Jahre alte Knabe seit seiner Geburt an einem Herzfehler leide und eine starke Blaufärbung der Haut und der Lippen gezeigt habe. Seit einiger Zeit soll eine Anschwellung des Leibes aufgetreten sein. Der klinische Befund war dieser: Verbreiterung des Herzens nach links und rechts mit lautem systolischen Geräusch und Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, Zyanose, Stauungserscheinungen, Trommelstockfinger. Die Diagnose wurde auf Stenose des Ostium pulmonale gestellt. Einen Tag nach der Aufnahme in die Klinik plötzlicher Exitus.

Die Hauptergebnisse der Sektion waren: Kongenitale Atresie des Ostium venosum dextrum. Sehr weites Foramen ovale, Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels und Vorhofs. Defekt im Kammerseptum. Hypoplasie des rechten Ventrikels. Mißbildung der Pulmonalklappen. Offener Ductus arteriosus Botalli.

Verf. glaubt im vorliegenden Fälle die Annahme einer fötalen Endokarditis von der Hand weisen und die Atresie auf Entwicklungsstörungen zurückführen zu müssen.

Die Zahl der nicht auf entzündlicher Basis beruhenden Fälle von Atresie des Ostium venosum dextrum ist sehr gering, es sind bisher 7 Fälle (von Rauchfuss 5, von Vierordt 2) beschrieben. Das Alter der Kinder schwankt zwischen 7 Tagen bis 10 Jahren.

Schridde (Erlangen).

Matteucci, Fall von angeborener Ektopie des Herzens bei einem lebenden Fötus. (Gazett. degli ospedali. No. 62. 1903.) Die Frucht blieb 48 Stunden am Leben. Das Sternum fehlte ganz, die Rippen vereinigten sich miteinander mittels eines fibrösen Gewebes. Von der linken Parasternallinie nach rechts bis zur Mamillarlinie, nach oben bis zum Jugulum reichend, sah man eine 3 cm über die Thoraxebene sich erhebende Erhöhung, die 9 cm lang, 6 cm breit und von einer transparenten Membran (Perikard) bedeckt war; unter dieser Membran pulsierte des Herz synchron mit dem Radial- und Carotispuls. Verf. konnte sich davon überzeugen, daß die Herzspitze gegen

das Perikard stieß, was zugunsten der Loewenbergschen Theorie spricht. F.

Rheiner (St. Gallen), Über die Diagnostik der akzidentellen Herzgeräusche im Kindesalter. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1903. No. 23.) Sehr fleißige Arbeit, in der der Verf. auf Grund reicher persönlicher Erfahrungen und unter Benutzung der Literatur eingehend sich mit dem wichtigen Kapitel der akzidentellen Herzgeräusche bei Kindern beschäftigt und auch dem Pädiater manches Neue bringt. Grätzer.

Mario Vianello-Cacchiole, Beitrag zur Ätiologie der im Kindesalter erworbenen Endokarditis. (Rivista di Clinica Pediatrica. Januar 1904.) Eine 67 Fälle umfassende Statistik, die Verf. auf Grund des Materials der Florentiner Kinderklinik aufgestellt hat, stimmt im wesentlichen mit den Angaben überein, die auch von anderen Autoren bezüglich der Ätiologie der Endokarditis im Kindesalter gemacht sind; besonders erwähnenswert ist jedoch die Angabe, daß auch Infektionen der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut eine wichtige ätiologische Rolle dabei spielen. Solche Ätiologie war in den 67 Fällen 7mal nachweisbar. F.

Savel N. Neculescu, Beiträge zum Studium der infektiösen Endokarditiden. (Inaugural-Dissertation. Bukarest 1903.) Die infektiöse Endokarditis ist eine Lokalisierung verschiedenartiger, ins Blut eingedrungener Infektionskeime. Bei sehr akuten Septikämien und gesundem Endokard hat der infektiöse Prozeß keine Zeit, dasselbe anzugreifen; dies geschieht meist bei wenig intensiver Septikämie, oder wenn das Endokard durch verschiedene Ursachen in seiner Widerstandskraft geschwächt ist. Die klinische Form der infektiösen Endokarditis hängt nicht von der Mikrobenart ab, sondern von der Virulenz der betreffenden Mikroorganismen und der Resistenzkraft des Pat. Es gibt typhöse und pyämische Formen mit Hyperthermie und fatalem Ausgange, apyretische, intermittierende und paroxistisch-febrile Formen. Von diesen allen geben die apyretischen Endokarditiden mit langsamem Verlaufe eine günstigere Prognose, doch nicht immer.

Im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus kann man gutartige, leicht verlaufende und bösartige Endokarditis beobachten. Ähnlich scheinen auch die Erkrankungen zu sein, welche im Verlaufe von Variola, Scharlach, Masern usw. auftreten. Parotitis kann sich mit leichter Endokarditis komplizieren, während die Pneumokokken- und Gonokokkenendokarditiden immer als schwer zu betrachten sind. Die im Verlaufe einer Diphtherie auftretende Endokarditis scheint auf Sekundärinfektion zu beruhen, da die Diphtheriebazillen nicht in den Blutkreislauf eindringen. E. Toff (Braila).

Bernhard Fischer, Über hereditäre Syphilis des Herzens. (Aus dem patholog. Institut in Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 15.) F. berichtet über folgenden interessanten Fall:

Ein 5jähriger Knabe aus gutsituierter Familie, für sein Alter groß und kräftig, kränkelte schon einige Zeit, war dabei aber nicht bettlägerig. Er litt viel an Husten, zeigte eine Vergrößerung der Herzdämpfung und der Leber, hatte wechselnden Ascites. Im letzten Halbjahr mehrere Anfälle schwerer Dyspnoe, die

aber rasch vorübergingen. Eines Tages spielte der Knabe ganz munter, klagte plötzlich über heftige Leibschmerzen, wurde dann zyanotisch und war bald eine Leiche.

Bei der Sektion war besonders bemerkenswert der Herzbefund: Herz etwa 4mal so groß als die Faust der Leiche. Diese Vergrößerung wird ausschließlich hervorgerufen durch den rechten Vorhof, der prall gespannt ist, und dessen Volumen weit größer ist, als das des gesamten übrigen Herzens. Er enthält große Mengen Blutes, seine Wand enthält nur noch sehr wenig Muskulatur und ist stellenweise papierdünn. Rechter Ventrikel klein, seine Wand von unregelmäßiger Dicke, nur der Conus arteriosus besitzt eine kräftigere muskulöse Wand. Im Conus venosus eine umschriebene, kirschgroße Ausbuchtung, völlig dem Bilde des Aneurysma cordis entsprechend. Muskulatur von kleinen fibrösen Herden durchsetzt, besonders an der Herzspitze und im Septum ventriculorum. Für die enorme Dilatation des rechten Vorhofs finden sich keinerlei mechanische Ursachen an den Klappen oder Gefäßen. Segel der Tricuspidalis völlig intakt. Dagegen weist das Endocardium parietale des rechten Herzens hochgradige Veränderungen auf. Im Vorhof wie im Ventrikel ist dasselbe schwielig verdickt, und diese weißen, sehr festen Schwielen erreichen stellenweise einen Durchmesser von über 1 mm. Auch Papillarmuskeln an ihrer Wurzel ganz in fibröses Gewebe eingebettet, retrahiert. Auch mikroskopisch konnte man die fibröse Myokarditis und sehr hochgradige, bindegewebige, von zahlreichen elastischen Fasern durchsetzte Verdickung des Endokards konstatieren. Die Wand des rechten Vorhofs enthielt nur fleckenweise noch Reste von zerfallenen Muskelfasern und bestand im übrigen aus sklerotischem Gewebe. Das linke Herz zeigte nur sehr geringe Veränderungen.

Diese hochgradigen Veränderungen — Endocarditis cavorum, Myokarditis, aneurysmatische Ausbuchtung — ließen sofort den Verdacht auf Lues aufkommen. Für intrauterine Entstehung der Erkrankung sprach auch die Lokalisation, die Beschränkung des ganzen Prozesses auf das rechte Herz, das von der fötalen Endokarditis bevorzugt wird. Der Verdacht wurde bestätigt auch durch die weiteren Befunde: Multiple Lymphdrüsenschwellung, Milztumor, interstitielle Veränderungen der Lungen und Nieren, hochgradige interstitielle Hepatitis. Dazu die Anamnese: Die Mutter hatte drei Schwangerschaften durchgemacht. Die erste endete im achten Monat mit einer Totgeburt, die zweite im 3.—4. Monat mit Abort; in der dritten Schwangerschaft drohte im fünften Monat wieder Abort einzutreten, das Kind, obiger Pat., wurde aber schließlich ausgetragen.

Interessant an dem Falle war auch der langsame Verlauf der Erkrankung, der das Kind, trotzdem so wichtige Organe wie Herz und Leber gerade am schwersten befallen waren, doch 5 Jahre alt werden ließ. F. hat in der Literatur einen Fall hereditärer Herzlues bei einem so alten Kinde überhaupt nicht auffinden können. Und dann dieser plötzliche Tod; dieser ist bei Lues cordis ganz besonders häufig.

Grätzer.

Max Björksten (Finnländer), Über Lungen- und Herzgeschwülste bei Kindern. (Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1904. No. 1.) Beschreibung 21 derartiger Fälle aus der Literatur und zwei eigener Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um ein kleinzelliges Sarkom der rechten Lunge bei einem 2jährigen Mädchen, die Geschwulst verbreitete sich zur linken Lunge und rief Metastasen im Herzen hervor. Im anderen Falle handelte es sich um ein Cystoadenoma papilliferum der Lungen. Der Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen Mediastinal- und Lungengeschwülsten und

gibt in Tabellenform die bisher bekannten verschiedenen primären Lungen- und Herzgeschwülste bei Kindern an.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Rolleston and **Trevor**, A Case of primary Sarcoma of the Lung, simulating Empyema. (British medical Journal. 1903. S. 361.) Das 13jährige Mädchen bot die Erscheinungen eines Empyems (Dämpfung, Vorwölbung der Interkostalräume, Verdrängung des Herzens usw.). Die Probepunktion ergab aber keinen Eiter; bei der trotzdem vorgenommenen Rippenresektion zeigte sich eine Geschwulst, die nicht entfernt werden konnte. Der Befund wurde durch die Autopsie bestätigt. Fast die ganze rechte Lunge war von einer weichen Geschwulst ergriffen, die teilweise mit den Rippen verwachsen war. Die Geschwulst selbst war ein Spindelzellensarkom. Metastasen fanden sich nicht. Verff. bringen dann noch zum Schluß eine Übersicht über die bisher beobachteten Fälle von Lungensarkomen und -karzinomen. Sie sind der Ansicht, daß eine Anzahl der als Karzinome beschriebenen Fälle Sarkome waren. Die Sarkome seien häufiger und zwar vorzugsweise Spindelzellsarkome, während die von den Bronchien ausgehenden Geschwülste Endotheliome sind.

Schreiber (Göttingen).

Wanser, Zwei bemerkenswerte Fälle aus der Praxis. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 17.) Hier interessiert nur der zweite Fall.

Derselbe betrifft ein $1^{1}/_{2}$jähriges Kind. Nach Angabe des Vaters war dasselbe, ohne daß die Eltern die Veranlassung sich denken konnten, vor 14 Tagen an schwerer Atemnot und Husten mit stinkendem Auswurf bei hohem Fieber erkrankt.

Aus Angst vor den Kosten wurde ein Arzt nicht zugezogen. 12 Tage nach dem Beginn der Erkrankung bemerkte der Vater in der rechten Seite des Kindes eine talergroße, stark gerötete Anschwellung, in deren Mitte eine schwarze, punktförmige Erhöhung zu sehen war, die sich wie ein harter Gegenstand anfühlte. Als er daran zog, kam eine entkernte Kornähre mit dem Stielende voran zum Vorschein, worauf sich aus der kleinen Wunde reichlich stinkender Eiter entleerte. Nach Entfernung der Ähre war das Kind wieder wohl, hatte keinen Husten, keine Atembeschwerden mehr und bekam wieder Appetit. Nur die kleine Wunde war noch vorhanden, derenthalben W. 2 Tage darnach gelegentlich gerufen wurde.

Bei dem gut genährten Kinde fand sich zwischen 4. und 5. Rippe in der Achsellinie rechts eine kleine, für die Sonde eben durchgängige Wundöffnung, die spärliches Sekret absonderte. Die eingeführte Sonde glitt leicht ohne Widerstand zu finden, ca. 7 cm in einen glatten Fistelgang mit der Richtung nach oben und innen in das Lungengewebe. Die Atmung war normal, auskultatorisch und perkutorisch nichts Abnormes mehr nachweisbar. Unter einfachem Verband trat in wenigen Tagen vollständige Heilung ein.

Die Ähre war $3^{1}/_{2}$ cm lang, vollständig mazeriert und schwärzlich verfärbt.

Auf dem etwas ungewöhnlichen Wege der Durchbohrung des Bronchus, des Lungengewebes und der Haut war so die jedenfalls erst vor 14 Tagen aspirierte Kornähre wieder zur Ausstoßung gekommen, ohne bei dem Kinde eine Schädigung zu hinterlassen, ein Vorgang, der wohl einzig dastehen dürfte.

Grätzer.

H. Bodmer, Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus mit Hilfe der Killianschen Bronchoskopie. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 6.) Herausnahme einer Stecknadel bei einem 11jährigen Kinde mit sehr günstigem Verlaufe.

Grätzer.

Althaus (Berleburg), Ein Fall von Laryngotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers bei einem 10 Monate alten Knaben. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 21.) Das Kind hatte mit Eierschalen gespielt und welche verschluckt. Die Mutter hatte einen Teil derselben wieder zu entfernen vermocht, aber das Kind bekam Husten und Dyspnoe. Letztere, anfangs nicht stark, wurde später so heftig, daß die Tracheotomie nötig wurde. Das Kind überstand den Eingriff gut, es entleerte sich aus der Kanüle Blut und Eiter. Alle Versuche, die Kanüle zu entfernen, fielen negativ aus. Erst nach mehreren Wochen gaben die Eltern die Erlaubnis zur Laryngotomie. Es fand sich in der rechten Morgagnischen Tasche ein kleines Stückchen Eierschale, außerdem im Kehlkopf noch drei weitere Stückchen. Das Kind überstand auch diese Operation gut, der Zustand besserte sich deutlich, am neunten Tage post operat. konnte die Kanüle dauernd entfernt werden. 8 Tage post operat. trat aber eine Pneumonie auf, die bereits am nächsten Tage letal endigte. Immerhin beweist aber der Fall, daß auch Kinder unter einem Jahr eine Laryngotomie überstehen können. Grätzer.

A. M. Winternitz, Entfernung von Fremdkörpern aus dem Ösophagus. (Orvosi hetilap. 1903. No. 35. Gyermekgyögyászat.) W. verwirft das sogenannte Arbeiten im Dunkeln und empfiehlt die Ösophagoskopie per os oder bei tief sitzenden Fremdkörpern die Anwendung des Ösophagoskopes durch die Ösophagotomiewunde. Verf. ist es bei einem 2 Jahre alten Mädchen gelungen, ein 10,0 g-Gewicht auf eine neue, einfache und überaus empfehlenswerte Weise zu entfernen. Nach Herauspräparierung des Ösophagus schob er den Fremdkörper in den Pharynx ohne eine Ösophagotomie gemacht zu haben. Ernö Deutsch (Budapest).

G. Hamilton, Removal of foreign Bodies from the Oesophagus by an imperoved method of using the Roentgen rays. (British medical Journal. 1903. S. 311.) H. empfiehlt, die Fremdkörper unter Röntgendurchleuchtung zu entfernen, indem man dabei einerseits den Fremdkörper sieht und andererseits genau den Gang des Münzenfängers verfolgen kann. Er beschreibt einen Fall, in welchem auf diese Weise bei einem 2jährigen Kinde eine Münze entfernt wurde. Schreiber (Göttingen).

Adolf Baginsky, Klinische Mitteilungen. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 36. Heft 3—6.) I. Zur Kenntnis der Fremdkörpervorkommnisse bei Kindern. 1. Ein Fall, in dem ein 4jähriger Knabe mit unstillbarem Erbrechen erkrankte und nach 3 Tagen im Kollaps starb, zeigte bei der Sektion einen im oberen Teil des Jejunum fest eingekeilten Hühnerknochen. Verf. beklagt, daß nicht eine Röntgenaufnahme gemacht wurde, welche wohl zur richtigen Diagnose geführt hätte. 2. Bei einem einjährigen Kinde, das dyspnoisch eingeliefert und sofort tracheotomiert wurde, das aber bald darnach unter Zeichen beiderseitiger Pneumonie in Atemnot starb, fand sich ein Kleiderhäkchen mit einer Öse in der Schleimhaut der ary-epiglottischen Falte fest haftend. 3. Ein metallener Hosenknopf, der in den Ösophagus eines 15 monatlichen Kindes gelangte, perforierte und rief eine

gangränöse Pneumonie hervor, der das Kind erlag. Auch hier hätte eine Röntgenaufnahme wohl den Fremdkörper auffinden lassen.

II. Zur Pathologie der Bronchialdrüsenerkrankungen. 1. Bei einem erst 7monatlichen Kinde; das wegen schwerer Larynxdiphtherie tracheotomiert worden war, zeigte sich als Grund immer wieder eintretender Dyspnoe eine stenosierende Vorwölbung der hinteren Trachealwand, hervorgerufen, wie die Sektion lehrte, durch eine zu Walnußgröße entwickelte Bronchialdrüse. 2. Ein anderer Fall betrifft die Perforation einer zerfallenen Drüse in den Ösophagus und Bronchus hinein, mit nachfolgender Lungengangrän.

III. Zur Kenntnis der gonorrhoischen Erkrankungen der Kinder. Das große Nabelgeschwür und ein Geschwür auf dem Präputium eines $3^1/_2$ Wochen alten Säuglings zeigten im Eiter typische Gonokokken; nebenher Staphylokokken und Pneumokokken.

IV. Gelatinetherapie bei blutenden Kindern. 1. Bei einem 5jährigen Knaben, stark hämophil belastet, gelang es, eine durch Pharynxdiphtherie komplizierte schwere Nasenblutung, welche auf Tamponade, Eis, Sekale, nicht sistieren sollte, durch mehrmalige Injektion von $10^0/_0$iger Gelatinelösung zum Stehen zu bringen. Keine üblen Nebenwirkungen. Das Kind genas. 2. Ebenso rettete die $10^0/_0$ige Gelatinelösung (2mal 10 ccm) ein 3 Tage altes Kind mit Melaena neonatorum.

Hutzler (München).

Eug. Neter (Berlin), Hämaturie als einziges Symptom Barlowscher Krankheit. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 19.) Bei einem 8 Monate alten, kräftig entwickelten Säugling, der seit 4 Monaten ausschließlich mit Malzsuppe ernährt worden war, zeigten sich seit 2 Wochen leichte Störungen des Allgemeinbefindens und eine blutige Veränderung des Urins. Die objektive Untersuchung konnte, abgesehen von hochgradiger Kraniotabes, nichts Krankhaftes feststellen außer einer schweren Hämaturie. Die Diagnose Barlowsche Krankheit fand ex juvantibus Bestätigung, indem unter Darreichung von roher Milch die Blutung bereits nach 8 Tagen völlig verschwand.

Eine bei einem Kinde am Ende des ersten Lebensjahres oder später auftretende Hämaturie muß, wenn Affektionen der Blase und Nieren ausgeschlossen werden können, stets den Verdacht auf Barlowsche Krankheit erwecken.

Grätzer.

Emil Abderhalten, Beitrag zur Kenntnis der Ursachen der Hämophilie. (Beitr. zur pathol. Anatomie und zur allg. Pathologie. Bd. 35. Heft 1.) In dem vom Verf. veröffentlichten Falle zeigte es sich, daß bei der Bluterfamilie mit Gewißheit eine Anomalie des Blutes auszuschließen war, da ausnahmslos alle Verletzungen, welche die Körperoberfläche betrafen, einen vollkommen normalen Verlauf nahmen. Das Blut gerann normal, die Heilung erfolgte ebenso rasch wie unter normalen Verhältnissen. Niemals Nachblutungen. Dagegen zeigten sich bei Verletzungen der Schleimhäute, besonders der Nasen- und Mundhöhle, andauernde und profuse Blutungen. Bei Zahnextraktion war bei dem einen männlichen Individuum die Blutung kaum zu stillen. Einmal trat beinahe Verblutung dabei ein. Bei einem anderen

Mitglied dieser Bluterfamilie traten gleichfalls nach Zahnextraktion heftige, 8—14 tägige Blutungen auf. Bei einer Bißverletzung der Zunge dauerte die Blutung 10 Tage. Die weiblichen Mitglieder waren wie bei allen früheren Beobachtungen keine Bluter, sie vererbten jedoch die Hämophilie. Schridde (Erlangen).

Caporali u. G. Orsi, Hämatologische Studie in einem Fall von infantiler Anaemia splenica vor und nach der Splenektomie. (Giornale Internazionale delle scienze mediche. 30. Sept. 1903.) Pat. war ein 5jähriger Knabe. Die Blutuntersuchung vor der Milzexstirpation ergab die Gegenwart von Elementen, die für eine vermehrte Tätigkeit des Knochenmarks und für eine herabgesetzte der lymphatischen Drüsen sprach. Auch nach der Splenektomie war die Funktion des Knochenmarks derjenigen der Drüsen überlegen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den numerischen Schwankungen der Mononukleären und der Polynukleären, was klinisch für die Meinung Ehrlichs von dem gemeinsamen Ursprung dieser Formen aus dem Knochenmark spricht. Die Milz wird als hämatopoetisches Organ ohne weiteres von vikariierenden Organen ersetzt. Eine anatomisch-pathologische Veränderung im Knochenmark ist, nach den zahlreichen Blutuntersuchungen zu urteilen, nach der Milzexstirpation nicht eingetreten. Dafür, daß die erkrankte Milz für die Veränderungen im Blut verantwortlich zu machen war, dafür sprach vor allen Dingen, daß nach der Splenektomie die Beschaffenheit des Blutes wieder normal wurde. F.

Anna Perlin, Beitrag zur Kenntnis der physiologischen Grenzen des Hämoglobingehaltes und der Zahl der Blutkörperchen im Kindesalter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 3.) Der Hämoglobingehalt ist bei den Neugeborenen in den ersten 3 Tagen am höchsten (116—119%), fängt am vierten Tage an zu sinken, so daß er im ersten Lebensjahre das Minimum erreicht (58—79%); vom zweiten Lebensjahre fängt der Hämoglobingehalt an, ununterbrochen zu steigen (im vierten Jahre geht er nicht unter 70%) bis zum 15.—16. Lebensjahre (74—88%).

Die Zahl der roten Blutkörperchen ist in der ersten Woche am höchsten (5280000—7550000), fängt vom elften Tage an geringer zu werden, im ersten Lebensjahre ist sie am niedrigsten (4200000 bis 5300000), steigt dann etwa bis zum vierten Jahre (4750000 bis 5600000), bleibt bis zum achten Lebensjahre fast in gleicher Höhe (4500000—5600000); von diesem Zeitpunkt an beginnt wieder das kontinuierliche Steigen bis zum 16. Lebensjahre (4800000—6000000).

Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist in den ersten 2 Tagen nach der Geburt am höchsten (15800—19000), von dritten Tage an beginnt das Sinken bis zum vierten Lebensjahre (8240—13400), bleibt fast auf gleicher Höhe bis zum achten Lebensjahre (7800—13400) und sinkt dann rasch bis zum 16. Lebensjahre (7000—9220).

R. Hecker (München).

Cesare Cattaneo u. Mya Ferrari, Bemerkung über die Beziehung zwischen Resistenz der roten Blutkörperchen und Hämolysis. (La Pediatria. August 1903.) Aus den Untersuchungen

des Verf.s geht hervor, daß eine Beziehung zwischen der Hämolysis und der Resistenz der roten Blutkörperchen nicht besteht. **F.**

Küttner (Tübingen), Experimentelle Blutuntersuchungen zur Frage des künstlichen Blutersatzes. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 40. Heft 3.) Nach kurzer Erwähnung der bisherigen bei tödlicher Blutung noch ungenügenden Methoden des Blutersatzes bezw. der Bluttransfusion und Kochsalzinfusion, bespricht K. zunächst seine Versuche an Kaninchen zur Feststellung des sicher tödlichen Blutverlustes. Es ergab sich dabei als Maximum ein Blutverlust von 3% des Körpergewichtes.

Als Blutersatz wurde zunächst bei 8 Kaninchen Kochsalzlösung (0,65—0,9%) angewandt. Unter 3% Blutverlust blieben die Tiere am Leben, über 3% wurde nur ein Hinausschieben des Exitus erzielt.

Es folgen 10 Versuche mit Lokescher Flüssigkeit (enthält die im Blutserum sich findenden Salze). Ein wesentlicher Unterschied gegen einfache Kochsalzlösung war nicht festzustellen.

Vier Versuche mit Adrenalin (zur Hebung des Blutdruckes) mit geringer oder größerer Menge Kochsalzlösung ergaben negatives Resultat.

(Nebenbei werden 5 Versuche an Kaninchen erwähnt, wovon zwei durch Adrenalininjektionen direkt ins Herz von dem bereits eingetretenen Tode durch Chloroform gerettet wurden.)

Von der Betrachtung ausgehend, daß beim Verblutungstode weniger die Leere des Blutgefäßsystems als die Sauerstoffverarmung des Blutes das schädigende Moment ist, wurde Sauerstoff zunächst als Inhalationsmittel verwandt. Von 7 Kaninchen gelang es in reiner Sauerstoffatmosphäre drei am Leben zu erhalten und den Exitus bei den anderen hinauszuziehen (nach Blutverlusten von 3,23—4,4% des Körpergewichtes).

Intravenöse Infusion von Sauerstoff erwies sich bei einigen Versuchen als nicht einwandfrei und wurde deshalb als für den Menschen zu gefährlich aufgegeben.

Besser zeigte sich die intravenöse Infusion sauerstoffgesättigter Kochsalzlösung (20 ccm auf 1 l), zu welchem Zwecke ein geeigneter Apparat beschrieben wird.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zum Schluß, daß zurzeit die beste Therapie bei schwerer Blutung die intravenöse Infusion sauerstoffgesättigter Kochsalzlösung sei in Verbindung mit reichlicher Erwärmung des Körpers und Inhalation von Sauerstoff.

Vulpius (Ottendorf).

A. Post (Boston), Multiple Angiomata. (The Journ. of cutan. Diseases. Bd. 21. November 1903.) Die gegenwärtig im Alter von 16 Jahren stehende Pat. leidet seit der frühesten Kindheit an der Krankheit. Zurzeit sieht man am rechten Arme sowohl an der Streck- wie an der Beugeseite, zahlreicher jedoch an der letzteren, namentlich in der Umgebung der Achselhöhle unregelmäßige, sich weich anfühlende, freibewegliche, auf Druck sich verkleinernde, bläuliche, vielfach dem Verlaufe der oberflächlichen Venen folgende Tumoren, von denen besonders Handteller und Finger dicht besät sind.

Als die Pat. 10 Jahre alt gewesen war, hatte man ihr eine ganze Reihe von Tumoren exzidiert, jedoch ohne nachhaltigen Erfolg. Im Laufe der Zeit sind nicht nur die alten wieder gewachsen, sondern noch neue entstanden.

Histologisch erwiesen sich die Tumoren zumeist aus stark erweiterten Blutgefäßen mit verdünnten Wandungen zusammengesetzt, so daß man sie als reine „Hämangiomata“ anzusehen hat.

C. Berliner (Aachen).

K. Tonarelli, Hemimelia thoracica. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. März 1904.)

12 jähriges Mädchen mit angeborenem Mangel der rechten Hand. Oberen Segmente des Gliedes wohl gebildet und entwickelt, wie die gleichen linksseitigen; das distale Ende des Oberarms nicht spindelförmig, sondern behält Form und Dicke des anderen Gliedes und geht dann in einen Stumpf über, der die Interlinea articularis des Kubitus und des Radius um einige Zentimeter überragt, mit normaler Haut bedeckt ist, keinerlei Spuren von Furchen oder Narben, am Rande einige kleine, unregelmäßig konische Knoten trägt.

Bewegungen des Schulter- und des Ellenbogengelenks normal; der Stumpf kann leichte Beugungs- und Streckungsbewegungen vollziehen.

Radioskopisch deutlich die normale Konformation von Humerus, Radius und Ulna zu erkennen, sowohl was Länge, Dicke, Disposition der Kurven als auch Verhältnisse der Epiphysen anbetrifft. Besonders bemerkenswert aber ist die ganz normale Konformation der distalen Enden der beiden Vorderarmknochen; die Ulna geht in eine sphärische Anschwellung aus, die von außen eine kleine Apophyse darbietet, die eigentlich nichts anderes ist, als der Proc. styloideus; der Radius dagegen endet in ein voluminöseres Ende, das, wie im normalen Zustand, beinahe eine dreieckige Pyramide darstellt, von deren äußerer Seite eine Apophyse hervorragt, die sich ein wenig unter die des Kubitus herunterzieht. Aus der Radiographie stechen auch die epiphysären Knorpel deutlich hervor. Von den acht Knochen, aus denen der normale Karpus zusammengesetzt ist, liegen hier nur fünf vor und auch diese unregelmäßig angeordnet, nicht wie gewöhnlich in zwei Querreihen. Von Metakarpen und Phalangen fehlt jede Spur.

Ein seltener, typischer Fall von Hemimelie. Sie darf hier sicher nicht als Folge einer fötalen Amputation betrachtet werden, sondern ist auf eine Entwicklungshemmung des Gliedes zurückzuführen, in einem Augenblicke, in dem es noch keine Differenzierung der anatomischen Elemente gab. Worin die Ursache des abnormen Druckes zu suchen ist, die, auf das distale Segment des thorazischen Keimknochens wirkend, die weitere Entwicklung verhindert hat, bleibt völlig im Dunkeln.

Grätzer.

H. Tillmanns, Zur Entstehung der angeborenen Sakraltumoren mit besonderer Berücksichtigung der Spina bifida cystica. (Aus der chirurg. Abteilung der Leipziger Kinderklinik und -Poliklinik.) Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 17.) T. schlägt folgende Einteilung der kongenitalen Sakraltumoren vor:

1. Die verschiedenen Formen der Wirbelspalte, der Spina bifida cystica und occulta und die mit diesen, bezw. mit dem Rückenmark und seinen Häuten zusammenhängenden Geschwulstbildungen (Angiome, Lymphangiome, Fibrome, Myome, Fibromyome, Lipome, Fibrolipome, Gliome, Sarkome usw.).

2. Geschwülste und geschwulstartige Bildungen infolge von Entwicklungsstörungen oder Wucherungen der am unteren Stammesende des Embryo vorkommenden Organe,

bezw. Gewebe (Medullarrohr, Chorda, Darm [Schwanzdarm], Muskel-, Bindegewebe- und Skelettanlage), mit Ausnahme der bei der Spina bifida vorkommenden Tumoren. Hierher zu rechnen die Dermoide und die Dermoidfisteln, die echten, einfachen, meist gutartigen, nur ausnahmsweise bösartigen (sarkomatösen) Geschwülste und die teratoiden Mischgeschwülste durch Wucherung der am unteren Stammesende des Embro vorkommenden, oben erwähnten Gewebsarten, ferner die Schwanzbildungen.

3. Geschwülste, bezw. Mißbildungen, welche durch eine zweite Keimanlage bedingt sind. Hierher gehören die Teratome infolge Rudimentärbleibens einer zweiten Fruchtanlage mit deutlich fötalen Organen, welche am unteren Stammesende unter normalen Verhältnissen nicht gebildet werden, die unvollkommenen Verdoppelungen (subkutane und freie Parasiten), die Bildungen akzessorischer Extremitäten und die vollkommenen Doppelmißbildungen.

Was die Ätiologie der Spina bifida anbelangt, so ist T. derselben Ansicht, wie Marchand: Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Rachischisis und bei der Spina bifida cystica erklären sich am einfachsten durch die Annahme der unvollkommenen Trennung der Medullarplatte vom Hornblatt, deren Vorkommen durch Beobachtungen am Embryo bewiesen ist.

Die eigentlichen Ursachen der Entstehung der Spina bifida sind uns vollständig unbekannt. Jedenfalls handelt es sich nicht immer um dieselbe Ursache, vielmehr kommen entsprechend den verschiedenen Formen der Spina bifida verschiedene Grundursachen in Betracht. Zweifellos sind in einem Teile der Fälle mechanische Kräfte wirksam.

Grätzer.

M. Schüller, Eine angeborene Lymphzyste der Achselhöhle. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1904. Heft 7.) S. fand bei einem 2 Tage alten Kinde eine fast faustgroße Anschwellung in der rechten Achselhöhle. Als sich die Zyste nach den ausgeführten Punktionen immer wieder füllte, spaltete S. breit und fand einen mehrfächerigen Zystenraum mit glatten Wandungen, welche ihrerseits nach innen in niederen Septen vorsprangen, nach außen den Eindruck mäßig derbweichen Drüsengewebes machten. Ausspülung mit Sublimat, Ausstopfung mit in Guajakol-Jodoform-Glyzerin getauchter Gaze. Hiernach schnelle Verkleinerung, Verödung und volle Heilung.

Es handelt sich offenbar um ein zusammenhängendes Konglomerat von Lymphdrüsen als Sitz der Zystenbildung, neben der gleichzeitig Hyperplasie des Drüsengewebes Platz gegriffen hatte. Diese eigentümliche Störung dürfte schon bei der Anlage der Drüsen erfolgt sein.

Grätzer.

Luigi Concetti, Eine angeborene Dermoidzyste des Oberkiefers. (Rivist. d. Clin. Pediatr. Dec. 1903.) Am harten Gaumen eines neugeborenen Kindes sah man einige größere und kleinere Hervorragungen, zwischen denen 10—18 mm lange Härchen hervorkamen. Da das Kind sowohl die Brust wie die Flasche zu nehmen weigerte, starb es in 2 Tagen. Bei der anatomischen Untersuchung zeigte sich, daß man zwischen dem vorderen Rand des Tumors und

dem Alveolarfortsatz des Oberkiefers mit der Sonde in einen Kanal eindringen konnte, der in der linken Nasenhöhle dicht am Septum endigte. Die Tumormasse nahm den harten Gaumen in einer Länge von 23 mm, in einer Breite von 15 mm ein; seine Dicke betrug 9 bis 11 mm. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um eine Dermoidzyste handelte. F.

Graham Little, Juvenile, flache Warzen. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 16. Jan. 1904. S. 27.) Ein 10jähriger Knabe zeigt auf der Stirn zahlreiche, dicht nebeneinander befindliche pigmentierte flache Warzen. Dieselben haben sich vor 5 Monaten an der Stelle früherer Sommersprossen entwickelt, seitdem aber keinerlei Veränderung erfahren. Einige Warzen von papillomatösem Typus befinden sich auf den Händen. C. Berliner (Aachen).

Mac Leod, Lupus verrucosus. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 16. Jan. 1904. S. 23.) Ein 14jähriger Knabe zeigt an der Ulnarseite der linken Hand eine unregelmäßig begrenzte, etwa 2 mm über das Niveau der umgebenden Haut erhabene, tiefrote, mit festhaftenden Schuppen bedeckte Plaque; zwei kleinere, ähnlich beschaffene, auf dem Handrücken, außerdem am linken Handgelenk einige kleinerbsengroße, braunrote Knötchen. Ulzerationen bestanden nirgends, wohl aber atrophische, glänzende Hautstellen, die auf ein Verschwinden der Affektion an früher befallenen Bezirken hindeuteten. Im übrigen erfreute sich der Pat. eines vorzüglichen Allgemeinbefindens. Hereditäre Belastung für Tuberkulose lag nicht vor. Der Knabe erkrankte an der Affektion, als er 14 Monate alt war. Kauterisation und Bepinselungen der Lupusstellen mit starkem Salicylkollodium brachten dieselben einmal beinahe zu völligem Verschwinden. Aber es zeigte sich nach einiger Zeit ein Rezidiv, gegen das Verf. die Radiumstrahlen mit günstigem Effekt zur Anwendung gebracht hat. Als Nebenwirkung dieser Methode beobachtete Verf. unterschiedslos Röte und Jucken der bestrahlten Hautfläche, die bei längerer Exposition auch schmerzhaft wurde. Eine Abflachung des Lupus verrucosus bis zum Niveau der Haut war das Resultat dieser Behandlung.

C. Berliner (Aachen).

J. Hall-Edwards, Die Behandlung des Lupus mit Kaliumpermanganat. (The Brit. med. Journ. 27. Juni 1903.) Verf. bedient sich einer Lösung von 3,75 g Kaliumpermanganat in 30 g destillierten Wassers. Bei nicht ulzeriertem Lupus werden die lupösen Stellen zunächst gründlich abgeseift, dann mit Alkohol abgewaschen und abgetrocknet. Hierauf wird mit einer Bürste die Lösung aufgetragen. In Fällen, wo die Oberfläche mit Krusten bedeckt ist, wird dieselbe erst gereinigt; die Krusten werden mit der Lösung getränkt und vorsichtig entfernt. Die Applikationen werden täglich oder jeden zweiten Tag vorgenommen.

Verf. hat mit dieser Methode, die auch die Röntgenstrahlenbehandlung des Lupus sehr zweckmäßig unterstützen kann, gute Heilresultate erzielt. C. Berliner (Aachen).

Klingmüller, Beiträge zur Tuberkulose der Haut. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 69. 1904.) Nach den außerordentlich wert-

vollen, hier nur kurz zu erwähnenden Untersuchungen an 16 Fällen ist der Lichen scrophulosorum eine bei Tuberkulösen auftretende Dermatose, welche nicht durch unmittelbare Wirkung der Tuberkelbazillen, sondern durch die den Tuberkelbazillen entstammenden Giftstoffe entsteht. Er tritt nur bei solchen Menschen auf, welche auch sonst an Tuberkulose, und zwar an deren chronischen Formen leiden. Der Lupus vulgaris dagegen wird durch virulente und vermehrungsfähige Tuberkelbazillen verursacht. Die Haut und das subkutane Gewebe bieten dem Tuberkelbazillus keine besonders günstigen Bedingungen für seine Vermehrung, daher findet man nur geringe Mengen von Bazillen. Es entzieht sich vorläufig unserer Kenntnis, welche Umstände die Vermehrung der Bazillen beeinflussen können. Es wäre möglich, daß Temperaturdifferenzen in der Haut oder Virulenzschwankungen eine Rolle spielen. Daß sich dagegen die Tuberkelbazillen auch in der Haut stark vermehren und virulent erhalten können, wird durch die Fälle von echter ulzeröser Hauttuberkulose bewiesen, bei welchen sich oft massenhaft vermehrungsfähige Bazillen finden. Max Joseph (Berlin).

Bettmann, Über akneartige Formen der Hauttuberkulose. (Aus der mediz. Klinik Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 18 u. 19.) Es ist B. geglückt, bei zwei Krankheitsbildern den Nachweis der Tuberkelbazillen zu liefern, deren tuberkulöse Natur bisher nicht unbestritten anerkannt wurde, die vielmehr vielfach noch den sogenannten Tuberkuliden zugerechnet wurden. Lupus follicularis disseminatus und Lichen scrophulosorum. In beiden Fällen wurden die Tuberkelbazillen aus dem Inhalt papulopustulöser Effloreszenzen gewonnen. Der Befund verweist auf die Bedeutung des Tuberkelbazillus in der Ätiologie akneartiger Eruptionsformen.

Der erste Fall betraf einen Knaben mit Lupus follicularis disseminatus, neben dessen typischen Effloreszenzen sich akneähnliche befanden; letztere enthielten die Tuberkelbazillen. Der 10jährige Knabe war hereditär stark belastet und hatte von frühester Kindheit an skrofulo-tuberkulöse Erscheinungen dargeboten. Jetzt zeigte er eine auf das Gesicht beschränkte Hauterkrankung. Mehrere Dutzende von kleinen anscheinend um die Follikel entwickelten Herdchen sah man da, rote, wenig prominente, weiche Papelchen etwa vom Umfang der vulgären Akneeffloreszenzen und auch meist im Zentrum einen weißen, eiterähnlichen Punkt aufweisend, der aber keine Pustel darstellte, sondern kleinste Epithelzystchen. Erst nach einiger Zeit wurde an einzelnen größeren Herdchen eine Pustulation bemerkt. Die Untersuchung des Pustelinhaltes ergab nun charakteristische Tuberkelbazillen, womit der Beweis erbracht war, daß jene pustulösen, zum Teil eingeschmolzenen und somit akneähnlichen Effloreszenzen als echt tuberkulöse Eruptionsform zu betrachten war.

Fall 2 betraf ein $4^1/_2$jähriges Mädchen ohne hereditäre Belastung, das aber früher bereits an Knochentuberkulose gelitten hatte und jetzt einen skrofulodermaartigen Prozeß an einem Oberschenkel und eine verdächtige Lungenspitzenaffektion aufwies. Als Nebenbefund ergab sich am Rumpfe des Kindes eine Hautaffektion, die sich aus

blassen, bräunlich rötlichen, derben, stecknadelkopfgroßen oder wenig größeren Knötchen zusammensetzte, welche nur wenig das Hautniveau überragten, fast durchweg in Gruppen standen, stellenweise kleine Kreise bildeten. Viele dieser Knötchen trugen an ihrer Spitze ein feines Schüppchen, einzelne an deren Stelle auch ein eben erkennbares Pustelchen. Es handelte sich offenbar um Lichen scrophulosorum. Tuberkulininjektion rief sowohl allgemeine Reaktion hervor als auch wurden die Knötchen am Rumpfe größer, prominenter; ihre Zahl schien zuzunehmen. 4 Tage nach der Injektion wurden am Rumpfe mehrere größere und starke pustulöse Effloreszenzen bemerkt, die sich von gewöhnlichen Aknepusteln durch den braunrötlichen Saum unterschieden, die Vereiterung nahm auch nicht die ganze Effloreszenz ein. Augenscheinlich handelte es sich um Knötchen des Lichen scrophulosorum, die eine stärkere Pustulation eingegangen waren. Im Pustelinhalt fanden sich Tuberkelbazillen. Durch diesen Befund, wie auch durch die Tuberkulinreaktion war die tuberkulöse Natur des Lichen scrophulosorum bewiesen. Interessant war dazu, daß die Tuberkulininjektion eine Anzahl von Effloreszenzen zum Vorschein gebracht hatte, von denen vorher nichts zu bemerken gewesen.

Gemeinsam bei den Fällen war der Nachweis der Bazillen in pustulösen Effloreszenzen. Der Schluß, daß tuberkulöse Hauteruptionen ein akneähnliches Aussehen gewinnen können, darf aus den Beobachtungen ohne Einschränkung gezogen werden. Wir sind berechtigt, von einer tuberkulösen Akne zu sprechen. Die Acne tuberculosa stellt nichts anderes dar, als eine Komplikation oder ein regressives Stadium, das sich unter besonderen Voraussetzungen bei verschiedenartigen Formen der Hauttuberkulose einstellen kann. Der Prozeß, bei dem sich die Vereiterung entwickelt, ist also von vornherein keineswegs eine banale Entzündung, wie bei Acne vulgaris, sondern eine tuberkulöse Neubildung.

Auch klinisch ist man sehr wohl imstande, diese Effloreszenzen von denjenigen der Acne vulgaris zu unterscheiden. Die Vereiterung betrifft bei jenen tuberkulösen Prozessen nie die ganze Effloreszenz, sondern nur das Zentrum, und so bringt auch das Ausdrücken des Eiters die Papel nicht gänzlich oder mit Hinterlassung eines einfach entzündlichen Saumes zum Verschwinden, sondern es bleibt ein Mantel übrig, der die Eigenart des zugrunde liegenden Prozesses bewahrt. Auch das Gesamtbild schützt vor Verwechslung mit Acne vulgaris, indem die akneähnliche Tuberkulose nicht isoliert auftritt, sondern neben ihr sich in überwiegender Zahl die charakteristischen Effloreszenzen der Eruptionsform vorfinden, aus der sich die Pustulation entwickelte. Wenn sich neben der tuberkulösen Hauterkrankung zufällig wohl auch eine Acne vulgaris etabliert hat, dann heißt es natürlich für den Differentialdiagnostiker besonders aufmerksam sein.

Grätzer.

Graham Little, Acne scrophulosorum. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 16. Febr. 1904.) Ein 13jähriges Mädchen besaß seit der Geburt eine außerordentlich trockene Haut, gegen welche verschiedene Mittel, unter anderen vor ca. 5 Wochen eine, wie es scheint, stark reizende Salbe gebraucht worden ist. Bald darauf entstand an

den Unter- und Oberschenkeln ein Ausschlag, der das typische Bild einer Acne scrophulosorum darbot. Die befallenen Körperteile zeigten zahlreiche, tief kyanotische, durchaus nicht juckende Papeln mit einem nekrotischen Zentrum. Die Beine und überhaupt die Extremitäten waren bläulich verfärbt und fühlten sich kalt an.

C. Berliner (Aachen).

J. Comby, Lichen des scrofuleux (Tuberculides cutanées). (Archives de méd. des enfants. April 1904.) Die Krankheit ist eine Manifestation des Tuberkelbazillus in der Haut, und man könnte dieselbe als Hauttuberkulid bezeichnen. Meist bestehen auch andere tuberkulöse Erkrankungen, wie käsige Herde, Lupus, tuberkulöse Drüsen usw. Merkwürdig ist das häufige Vorangehen von Masern, so z. B. unter 17 Fällen war dies 12mal der Fall. Loustau gibt eine Statistik von 24 Fällen, unter welchen man bei 21 das Vorangehen von Masern, bei zwei das von Skarlatina und bei einem von Varizellen konstatieren konnte. Die betreffenden Kranken sind entweder bereits tuberkulös erkrankt, oder sie leben in einer tuberkulösen Familie, die Krankheit blieb latent oder kam nicht zur Entwicklung, bis nicht die akut eruptive Krankheit die Bazillen in Bewegung gesetzt und in den allgemeinen Kreislauf gebracht hat. Dieselben setzen sich dann in der Umgebung der Haarfollikel fest und führen hier zu den charakteristischen Erscheinungen des Lichen scrophulosorum, bestehend in kleinen papelartigen, nicht juckenden Erhebungen der Haut, welche die Größe eines Stecknadelkopfes oder eines Hanfsamens erreichen, stark pigmentiert, rötlich oder schwärzlich sind und entweder flach oder spitz und von einer kleinen Schuppe bedeckt sind oder eine Art Bläschen bilden, welches rasch eintrocknet. Therapeutisch ist nicht viel auszurichten, außer einer tonisierenden Allgemeinbehandlung, doch kann die Eruption nach monatelanger Dauer auch spontan heilen. Die Krankheit ist an sich nicht schwer, ihre Wichtigkeit beruht aber darin, daß sie auf eine latente Tuberkulose hindeutet.

E. Toff (Braila).

Fritz Porges, Über Lichen scrophulosorum. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 66. Heft 3. 1903.) Von den zwei angeführten Fällen betraf der erste einen 17jährigen schlecht genährten, tuberkulös-skrofulösen Mann. Derselbe war ohne hereditäre Belastung, doch starb eine Schwester an Tuberkulose. Am Halse tuberkulöse Lymphadenitis. Das typische Lichenexanthem erscheint an Brust und Rücken. Histologischer Befund: in der Cutis und Subcutis gefäßlose Infiltrate, welche aus Rundzellen, epitheloiden Zellen, Langerhansschen Riesenzellen mit randständigen Kernen bestanden, so daß also unverkennbar Tuberkel vorlagen. Dieselben befanden sich stets an Haarfollikeln und Talgdrüsen, welche durch die Entzündung allmählich zerstört wurden. Diese Tuberkel zeigten keine Vaskularisation, aber scharfe Begrenzung. Im subkutanen Zellgewebe war das Fettgewebe ersetzt durch Bindegewebe mit dilatierten Gefäßen. Färbung auf Tuberkelbazillen negativ.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 19jährige, seit 11 Jahren an Lupus vulgaris nasi erkrankte Patientin. Nach vier Injektionen von Tuberculinum novum erschien ein dem Lichen scro-

phulosorum gleichendes Exanthem am ganzen Rumpfe. Wiederum waren die entzündlichen Veränderungen an die Haarbälge, Talg- und Schweißdrüsen, sowie an die Gefäße der Cutis gebunden, doch waren Riesenzellen oder epitheloide Zellen nirgends zu finden. Verf. spricht das Exanthem für eine Toxikodermie an, welche das Bild des Lichen scrophulosorum vortäusche, und warnt davor, in ähnlichen Fällen ohne sicheren Tuberkelnachweis die Diagnose Lichen scrophulosorum zu stellen. Max Joseph (Berlin).

W. Dreyfus, Ein Fall primärer Hautaktinomykose. (Aus dem pathol. Institut in Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 52.) Es handelt sich um einen 10jährigen Knaben, der, sonst ganz gesund, im zweiten Lebensjahre einen Abszeß an der linken Brust hatte, der erst nach $^1/_2$ Jahr durch Salben dauernd geheilt wurde. Seit Dezember 1900 trat eine Anschwellung der linken Brust in der Nähe der Mammilla auf. Nach $^1/_2$jährigem Bestehen brach die Geschwulst zunächst an einer, später auch noch an zwei weiteren Stellen auf, gleichzeitig magerte Pat. ab, war appetitlos, hatte nachts Schmerzen. Am 11. November 1901 wurde er ärztlich untersucht; es fand sich die Haut über der linken Mamma in zirka Handtellergröße hart infiltriert, an drei Stellen je eine markstückgroße Ulzeration mit graugelben, schlaffen Granulationen, welche $^1/_2$ cm vorsprangen, bedeckt. Am 13. November Exzision der ganzen Infiltration. Am 15. März 1902 Nachuntersuchung; in der alten Narbe neue ähnliche Granulationen.

Eine sichere Diagnose konnte der Arzt nicht stellen, er dachte an Hautkarzinom, doch das jugendliche Alter des Pat. machte ihn stutzig. Die exzidierte Hautpartie wurde deshalb nach Heidelberg geschickt. Dort wurden überraschenderweise in den nach außen liegenden Partien der Wucherung Aktinomycesdrüsen entdeckt. Der Infektionsmodus blieb unklar; von einer Läsion, die dem Pilz als Eingangspforte hätte dienen können, war nichts bekannt. Ein Zusammenhang aber mit dem Abszeß, den Pat. im zweiten Lebensjahre hatte, ist nicht direkt von der Hand zu weisen. Es sind Fälle bekannt, wo erst nach Jahren die Erkrankung einsetzte. Wenn man auch wohl eine um 8 Jahre zurückliegende Infektion ausschließen kann und eine so lange Latenz bedenklich erschiene, so ist doch eine gewisse Disposition, die Schaffung eines locus minoris resistentiae an jener Stelle durch den Abszeß nicht zu leugnen. Der Knabe soll oft bei der Erntearbeit mitgeholfen haben, wodurch immerhin später die Infektion erfolgt sein könnte.

Anatomisch stellte sich die Affektion als ulzero-fungöser Typus dar. Diagnostisch teilte der Fall zunächst das Schicksal aller primären Hautaktinomykosen; es hatte sich nie Sekret entleert, das den Nachweis der Aktinomyces ermöglicht hätte. Es fehlte hier, wie meist bei Aktinomykose, Lymphdrüsenschwellung, und das sprach von vornherein ebenfalls gegen Karzinom. Grätzer.

J. M. H. Mac Leod, Ein Fall von gruppierten und entzündeten Comedonen bei einem 11 Monate alten Kinde. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 15. Dez. 1903. S. 453.) Der sonst ge-

sunde, wohlgenährte kleine Knabe leidet seit dem siebenten Lebensmonate an dem Ausschlage, welcher fast symmetrisch vom Halse abwärts nahezu geradlinig zur Sternalgegend sich hinzieht, beiderseits unterhalb der Brustwarzen nach den Schultergelenken sich ausdehnt und rund um die Achselhöhle auf den Rücken übergeht. Der Ausschlag besteht aus gruppierten Comedonen, von denen viele entzündet sind. Gleichzeitig bemerkt man zahlreiche, kleine, miliumähnliche, gelbliche, im Zentrum etwas deprimierte und durchbohrte Efflorenszenzen, aus denen sich eine käsige Talgdrüsenmasse ausdrücken läßt. Sie waren offenbar kleine Retentionszysten der Talgdrüsen. Außerdem sieht man eine Anzahl akneähnlicher Knötchen, die stärker entzündet sind und ein eitergelbes Zentrum haben. Andere Effloreszenzen haben das entzündliche Stadium bereits überschritten und befinden sich auf dem Wege der Heilung. Sie sind mit gelblichen Krusten und Schuppen bedeckt, nach deren Abfallen kleine, atrophische, leicht vertiefte Narben zurückbleiben. Der Gang des Krankheitsprozesses ist also kurz folgender: Comedo, Retentionszyste der Talgdrüse, Entzündung und Umbildung dieser Zyste in eine purulente, akneiforme Effloreszenz, Eintrocknen der letzteren zu einer Pustel, Bildung einer Kruste, dann Abheilen mit Hinterlassung einer schwach pigmentierten und vertieften Narbe.

Der Ausschlag verursachte viel Jucken, war infolgedessen durch vom Kratzen herrührende Exkoriationen kompliziert.

Frei von der Affektion war auffallenderweise die Stirn, die sonst die Prädilektionsstelle für Talgdrüsenanomalien zu sein pflegt.

Der Verf. möchte die Krankheit als das Resultat eines lokalen, infektiösen Prozesses ansehen. C. Berliner (Aachen).

M. A. Moses, Ein Fall von Ichthyosis. (The Journal of cut. Dis. Bd. 22. Februar 1904.) Der Pat., ein idiotischer Knabe, welcher schließlich an einer interkurrenten gangränösen Pneumonie zugrunde ging, bot bei Lebzeiten das typische Bild einer „Ichthyosis simplex“ dar. Die Affektion bestand seit der Geburt des Knaben. Etwa ein Jahr vor seinem Tode bekam er an den Füßen einige teils oberflächliche, teils tiefgehende Geschwüre, welche eine spärliche, übelriechende Flüssigkeit absonderten. Die Affektion wurde als „Mal perforant du pied“ diagnostiziert. Die histologische Untersuchung exzidierter Stückchen der ichthyotischen Haut ergab neben den bei Ichthyosis simplex typischen Befunden als atypische Erscheinuug das vollständige Fehlen der Talgdrüsen und stellenweise auch der Schweißdrüsen. Diese Befunde sind in ätiologischer Beziehung von Interesse, als sie eine Erklärung für die außerordentliche Trockenheit der Ichthyosispatienten abgeben. C. Berliner (Aachen).

W. Evans, Ein Fall von Ichthyosis linearis. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 15. November 1903. S. 408.) Der Pat. war ein 9jähriger Knabe, der nach den Angaben der Mutter bis zum zweiten Lebensjahre kein Zeichen der Krankheit gezeigt hat. Gegenwärtig sieht man auf dem Rücken der linken Hand einen rauhen, erhabenen, dunklen Streifen, der bis zum Karpometakarpalgelenk verläuft, sich hier teilt und längs der Dorsalfläche des Ringfingers und kleinen



Fingers gleichsam Äste aussendet. Die Linien korrespondieren mit den Dorsalverzweigungen des Ulnarnerven.

Subjektive Symptome verursacht die Affektion nicht.

C. Berliner (Aachen).

A. Gassmann, Histologische und klinische Untersuchungen über Ichthyosis und ichthyosisähnliche Krankheiten. (Ergänzungsheft z. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1904.) Die umfangreiche, außerordentlich wertvolle Arbeit umfaßt zwei Teile. Zunächst wird die Histologie der Ichthyosis sowie der Naevi keratotici, später die Klinik der Ichthyosis vulgaris und ihre Beziehung zu ichthyosiformen Affektionen erörtert. Dazu tritt die Klinik des Horn-Naevi und ihre Beziehungen zur Ichthyosis. Zum Schluß wird ein erschöpfendes Literaturverzeichnis gewiß für spätere Beobachter von Nutzen sein. Wenn man auch nicht nach allen Richtungen mit den Anschauungen des Verf.s, die nur im Original nachgelesen werden können, übereinstimmen wird, so dürfte die Arbeit doch gewiß nach vielen Richtungen anregend wirken.

Max Joseph (Berlin).

J. N. Hyde, Drei Fälle von Xeroderma pigmentosum. (The Journ. of cutan. Diseases. Bd. 21. Dezember 1903. S. 573.) Die Fälle betrafen 3 Kinder derselben Familie. Der Vater ist in Westpreußen, die Mutter in Wisconsin geboren. Sie hatten 8 Kinder, von denen die drei ältesten Knaben waren und zurzeit vollkommen gesund sind; die nächsten waren ein Knabe und zwei Mädchen, und diese drei erkrankten an Xeroderma pigmentosum, während die beiden jüngsten wieder völlig gesund sind.

Die Affektion zeigt bei den drei Pat., von denen der Knabe 4, die Mädchen 6 bezw. 8 Jahre alt sind, ein gleichförmiges Aussehen, wie es typische Fälle aufzuweisen pflegen. Eine Eigentümlichkeit des Xeroderma pigmentosum ist der im frühen Kindesalter schon deutlich wahrnehmbare Symptomenkomplex, bei dem man vier Kategorien von Erscheinungen unterscheiden kann:

1. Die Pigmentation oder Sommersprossenbildung an den dem Tageslicht exponierten Körperstellen, wie im Gesicht, an Händen, Vorderarmen, am Hals und in der Klavikulargegend, seltener an den Füßen. Die Farbe wechselt von hell- bis tief dunkelbraun.

2. Weißliche Flecke oder Makulae von atrophischem Charakter. Die Haut an diesen Stellen ist glatt, weißlich glänzend, schwach runzelig, wie bei narbiger Zusammenziehung. Die Makulae gehen bisweilen der Sommersprossenbildung voran, bisweilen folgen sie derselben nach.

3. Teleangiektasien, minutiöse, in der Haut sich entwickelnde Blutgefäße, die bei Tageslicht scharf mit den pigmentierten Stellen kontrastieren.

4. Die Bildung von Knoten, Knötchen oder Warzen im Gesicht, an den Händen oder an anderen Stellen. Sie sind alle epitheliomatöser Natur, so daß es Autoren gibt, die die Krankheit „Senilitas praecox“ beschrieben haben.

Alle anderen im Verlaufe der Affektion auftretenden Erscheinungen sind zumeist sekundär aus den vier Hauptsymptomen ent-

standene, so die Ulzeration und Cikatrisation, die Keratitis, die Ophthalmia.

Die Ätiologie ist dunkel. Einzelne Autoren wollen die Wirkung der ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes bei hierzu disponierten Personen verantwortlich machen. C. Berliner (Aachen).

Emilio Megnier, Purpura und infektiöse Erytheme. (La Pediatria. Dez. 1903.) Bei 6 Kindern, die wegen verschiedener chirurgischer Erkrankungen in demselben Krankensaale lagen, traten gleichzeitig Erscheinungen auf, die, ohne einen bestimmten klinischen Typus der Purpura oder des Erythems wiederzugeben, sowohl von dem einen wie dem andern viel Charakteristisches aufwiesen. In dem einen Fall glich das Krankheitsbild dem von Gueillot und von Henoch als Purpura fulminans oder foudroyante beschriebenen; doch schloß sich die Purpura hier sekundär an einen Infektionszustand an, der sich durch Bronchopneumonie und gastro-intestinale Erscheinungen manifestierte. Die Reihe der Blutungen wurde eröffnet durch eine Nierenblutung, Exitus wurde schließlich herbeigeführt durch Intestinalblutungen. In einem anderen Falle handelte es sich um ein scharlachartiges Erythem; die Blutungen beschränkten sich hier auf Zahnfleisch und Nase, daneben bestand Bronchopneumonie und Darmstörungen; ein dritter Fall zeigte ein Erythem, das einen gemischten, masern- und scharlachartigen Charakter hatte, gleichzeitig mit Purpura rheumatica, ferner Ödem der einen Hand. In letzterem Falle traten innerhalb weniger Monate zwei Rezidive auf, an die sich jedesmal eine leichte Abschuppung anschloß. Es handelte sich zweifellos um eine auf gleicher Ursache beruhende Infektion, die bei den Befallenen sich in verschiedener Art manifestierte. F.

Ph. Kuhn, Über Erythema nodosum. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 36. Heft 3—6.) Nach einer kritischen Zusammenstellung der bisher geäußerten Anschauungen über die Natur des Leidens und seinen teils behaupteten, teils bestrittenen Zusammenhang mit dem Erythema exsudativum multiforme berichtet Verf. über 22 „reine“, d. h. solche Fälle, in denen das Erythema nodosum selbständig, also nicht im Gefolge anderer Krankheiten auftrat. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause.)

Was die Hauterscheinungen betrifft, ist das Erythema nodosum nicht vom Erythema exudativum multiforme zu trennen. Doch ist nach dem Vorgang von Rochon eine symptomatische und eine idiopathische Form des Erythema nodosum zu unterscheiden. Die erstere zeigt sich als gelegentliche Begleiterin verschiedener Infektionskrankheiten (Tetanie, Scharlach, Diphtherie, Masern usw.). Die idiopathische Form des Erythema nodosum nimmt insofern eine besondere Stellung ein, als sie eine hauptsächlich im Kindesalter auftretende Infektionskrankheit darstellt, die in den meisten Fällen gutartig verläuft und keine schweren Nachkrankheiten im Gefolge hat. Verf. bestätigt das von Paulouch aufgestellte Krankheitsbild:

1. Das Inkubationsstadium von höchstens 12 Tagen.
2. Invasion (Schmerzen unbestimmter Art, Magendarmstörungen, Fieber).



3. Eruption (zuerst an den Beinen, farbige, harte, schmerzempfindliche Knoten, welche in Flecke übergehen).

4. Rekonvaleszenz (Schuppung).

K. selbst konnte bei seinen 22 Fällen die Inkubation und Invasion nicht trennen und faßt beide zusammen mit einer Dauer von 2—12 Tagen. In 2 Fällen ging Angina bezw. Tonsillarbelag voraus. Fieberlos war kein einziger Fall. Die Temperaturerhöhung war teils gering, teils bis 39,2°. Die Fieberdauer schwankt zwischen 2 Tagen und 3 Wochen. Der Abfall war meist lytisch. In 3 Fällen nachfolgende Hautschuppung an den befallenen Stellen. Nachkrankheiten, die in der Literatur mehrfach genannt werden, blieben in keinem Falle zurück. Von Komplikationen wurden in 2 Fällen eine leichte Albuminurie, in einem Falle eine neuritische Affektion der großen Nervenstämme beobachtet. Die Rekonvaleszenz verlief bei fast allen Kindern ungestört. Sie nahmen meist rasch an Körpergewicht zu. Die Behandlung war rein symptomatisch. Diätetische Vorschriften, Bettruhe. Manchmal wurden lokal Ichthyolverband, auch Salicylpräparate versucht, in den letzten Jahren Aspirin gegeben — ohne auffälligen Einfluß auf den Krankheitsverlauf. Der von verschiedenen Seiten auch heute noch betonte Zusammenhang des Erythema nodosum mit Gelenkrheumatismus sowohl, als auch seine Auffassung als Frühäußerung der Tuberkulose müssen vom Verf. bestritten werden. Den Beschluß der Arbeit bilden die Krankengeschichten der 22 Fälle mit zum Teil recht charakteristischen Fieberkurven.

Hutzler (München).

M. Hohlfeld, Erythema exsudativum multiforme, Chorea, Rheumatismus nodosus, Endo-Perikarditis. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Leipzig.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 31.)

Diese Kombination trat bei einem 9 jährigen Kinde auf und endete letal. Das Auftreten des Rheumatismus nodosus, der Chorea und der Endo-Perikarditis im Gefolge des Erythems rechtfertigte die Annahme, daß alle Glieder dieses komplizierten Krankheitsbildes der Ausdruck derselben einheitlichen Infektion sind. Dieser Zusammenhang scheint besonders bei der nodösen Form des Rheumatismus gegeben, wo das Auftreten jener Nodositäten im Verlaufe der Strecksehnen und im Periost den Beobachter doch fast unwillkürlich auf den Gedanken bringt, daß es sich dabei um ähnliche exsudative Prozesse handelt, wie sie beim Erythema multiforme in der Haut sich abspielen. H. versuchte intra vitam ein solches Knötchen zu exzidieren. Es zerging dabei unter den Fingern, was, ebenso wie das schnelle Kommen und Verschwinden der Knötchen, jedenfalls nicht dafür spricht, daß sie immer aus fibrösem Gewebe bestehen, wie das Henoch und Hirschsprung gefunden haben. Grätzer.

Forster, Case of rheumatic fever complicated by Chorea, Iritis and Endocarditis: Recovery. (British medical Journal. 1903. S. 543.) Das bis dahin stets gesunde 12jährige Mädchen erkrankte mit einer Angina und akutem Gelenkrheumatismus, nach dessen Ablauf sich eine Chorea einstellte. Letztere war noch nicht völlig abgelaufen, als plötzlich eine rechtsseitge Iritis auftrat, an die

sich dann weiterhin noch eine Endokarditis anschloß. Jedenfalls ein sehr merkwürdiges Zusammentreffen bei einem einzelnen Individuum.

Schreiber (Göttingen).

Royal Whitman, A report of final results in two cases of Polyarthritis in Children of the type first described by Still. (Medical Record. 18. April 1903.) Im Jahre 1897 hat Still eine eigentümliche chronische Gelenkerkrankung bei Kindern beschrieben. Diese Affektion führt zu progressiver Schwellung der befallenen Gelenke; daneben sind Lymphdrüsen und Milz ebenfalls geschwollen. Anderweitige Erscheinungen sind: Anämie, hochgradige Abmagerung und Wachstumsstillstand. Der Verlauf ist in der Regel ein unaufhaltsam fortschreitender, jedoch treten zuweilen Unterbrechungen ein, ja selbst einige Besserung ist nicht ausgeschlossen.

Verf. schildert zwei diesbezügliche Fälle bei Knaben von 5 bezw. 12 Jahren. Der ältere Junge starb trotz operativer Behandlung; dagegen wurde diese beim jüngeren Knaben von Erfolg gekrönt. Das Kind erholte sich aus einem völlig verzweifelten Zustand.

Neue Gesichtspunkte enthält die Arbeit zwar nicht, trägt aber zu einem besserem Verständnis der eigentümlichen Affektion das ihrige bei.

Leo Jacobi (New York).

Weber, A case of the form of chronic joint disease in children described by Still. (Brit. med. Journ. 1903. S. 730.) Der von W. beobachtete Knabe erkrankte akut unter den Erscheinungen eines Gelenkrheumatismus, an den sich eine Endokarditis anschloß. Nach $1\frac{1}{4}$ Jahr bestanden noch Schwellungen an den Knie- und Ellenbogengelenken sowie an symmetrischen Gelenken der Hand und der Füße, und Steifheit der Nackenwirbelsäule neben gleichzeitiger Schwellung der Leber, Milz und der Lymphdrüsen des Nackens, der Achselhöhle und der Schenkelbeuge. Das Herz war noch dilatiert, man hörte ein systolisches Geräusch an der Spitze. Nach weiteren 4 Monaten hatte sich der Zustand gebessert, es bestand aber noch Flüssigkeitserguß und Knacken in den Kniegelenken. Fieber fehlte. Die Schwellung der Leber und Milz ging zurück. Nach weiterem Verlauf eines Jahres bestanden nur noch die Erscheinungen an der Mitralis sowie das Knacken in den Kniegelenken.

Schreiber (Göttingen).

Arkwright, Acute rheumatism and sepsis. (British med. Journ. 1903. S. 1083.) A. bespricht die Beziehungen des akuten Gelenkrheumatismus und der Sepsis. Von den mitgeteilten Fällen betreffen 2 Kinder; das erste derselben (4jähriges Mädchen) bekam im Anschluß an Axillarabszeß eine Eiterung in verschiedenen Gelenken, das zweite (ein 12jähriges Mädchen) nach einem Gesichtserysipel mit Abszeß eine Pleuritis und einen Abszeß am rechten Labium majus. Die aufgestellten Behauptungen sind recht hypothetischer Natur, wie Verf. selbst zugibt, und finden in den angeführten Fällen keine Stütze.

Schreiber (Göttingen).

Dante Pacchioni, Akute Polyarthritis purulenta, hervorgerufen durch den Diplococcus intracellularis Weichselbaum. (Rivista di Clinica pediatrica. Juli 1903.) Es handelte sich um ein

$2\frac{1}{2}$jähriges Kind, bei dem in der durch Punktion der erkrankten Gelenke — Knie- und Schultergelenk — gewonnenen Flüssigkeit ein Mikroorganismus gefunden wurde, den Verf. für den Weichselbaumschen Diplococcus ansieht. F.

Boseck (Stolp), Ein Fall von akutem Gelenkrheumatismus im Anschluß an ein Trauma. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 11.) 12jähriges, völlig gesundes Mädchen fiel am 19. Juni 1903 eine Leiter herab und kippte dabei mit dem linken Fuß um, so daß es sich am linken Fußgelenk eine Distorsion zuzog. Schmerzen und Schwellung gingen bald zurück, kehrten aber am 24. Juni in verstärktem Maße wieder, zugleich schwoll auch das rechte Fußgelenk an und wurde schmerzhaft. Am 25. Juni waren außerdem noch beide Kniegelenke befallen, die Temperatur betrug 39,3°. Bei äußerlicher Applikation von Salicylvasogen trat Heilung ein.

Solch ein Fall ist wohl beweisend für den Zusammenhang zwischen Unfall und Gelenkrheumatismus. Grätzer.

Griesel, De l'ostéomyélite aiguë des vertèbres. (Revue d'orthopédie. September-November 1903.) Die Krankheit kommt selten zur Beobachtung und ist die Prognose eine ziemlich ernste. Unter 53 Beobachtungen, die sich in der Literatur vorfinden, endeten 30 letal. Namentlich ist die Osteomyelitis des Wirbelkörpers schwer: unter 29 Kranken heilten 7 und starben 22, während bei Lokalisation in den Wirbelkörpern unter 24 Kranken 16 geheilt wurden. G. hat 2 Fälle in der Abteilung von Kirmisson beobachtet, welche beide operativ behandelt wurden und in Heilung ausgingen. In dem einen Falle, ein 9jähriges Mädchen, trat unter Fiebererscheinungen eine Schwellung an der rechten Seite der Sakralwirbel auf, es entwickelte Fluktuation und nach vorgenommenem Einschnitte und Entleerung des Eiters fühlte man zwei entblößte Wirbelkörper. Bakteriologisch wurden Streptokokken gefunden. Im zweiten Falle, welcher einen 9jährigen Knaben betraf, war Furunkulosis vorangegangen, die Krankheit begann ebenfalls fieberhaft, es trat eine Schwellung in der Lumbalgegend auf, welche Fluktuation zeigte und inzidiert wurde. Man fand die Seitenapophysen des dritten und vierten Lendenwirbels entblößt. Heilung. Hier wurde aus dem Eiter der Bacillus tetragenes kultiviert.

E. Toff (Braila).

Fr. v. Friedländer, Zur Diagnostik der Koxitis. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 17.) Aus Beobachtungen, die v. F. gemacht hat, hält er sich für berechtigt auszusprechen, daß

1. gewisse Bedenken gegen die bisherigen Deutungen der pathognomonischen Stellung bei Koxitis bestehen, und daß

2. die Lokalisation der Erkrankung ein wichtiger Faktor für die Nuancierung der pathognomonischen Stellung bei beginnender Koxitis ist und auch die partielle Beschränkung des Exkursionskegels der erkrankten Extremität durch die Lokalisation beeinflußt wird, und daß umgekehrt die initiale Beschränkung der Beweglichkeit in bestimmter Richtung auf eine bestimmte Lokalisation des Prozesses schließen läßt.

v. F. hat bisher bei allen Fällen, welche primäre Abduktions-

sperrung aufwiesen, ossale Herde als Ausgangspunkt des Prozesses gefunden. Er schildert 3 Fälle, Kinder von ca. 2 Jahren betreffend. In 2 Fällen konnte primäre Adduktionsstellung konstatiert werden, die sehr bald in Abduktion umschlug. Allen Fällen gemeinsam war die Unmöglichkeit, das Hüftgelenk zu überstrecken und zu abduzieren. Die Adduktion und Rollung nach einwärts war in allen Fällen frei. Bei 2 Fällen war ein Knochenherd schon bei der ersten Untersuchung nachweisbar, bei einem zeigte er sich erst nach einigen Monaten. Die Herde saßen im Bereiche der Kapselinsertion an der unteren Zirkumferenz des Schenkelhalses.

Es ist wohl sicher kein Zufall, daß diesem gleichartigen Befunde am Knochen gleiche Bewegungsbeschränkungen entsprachen. Man muß annehmen, daß die Abduktionsstellung des Beines und die Sperrung einer weiteren Abduktion einer gemeinsamen Ursache ihre Entstehung verdanken, welche durch die entzündliche Schwellung und Starrheit der Muskelmassen gegeben ist, die dem Entzündungsherde benachbart sind, oder sich an ihm inserieren. Denn der entzündete Muskel ist geschwollen und hat seine Dehnbarkeit verloren; eine Näherung seiner Insertionspunkte läßt er jedoch zu, daher bleibt die Adduktion frei.

Ein vierter Fall, den v. F. beobachtete, dient zur Stütze dieser Auffassung, obwohl er eine andere Lokalisation des Knochenherdes bei analoger Beschränkung der Beweglichkeit aufwies. Die Röntgenaufnahme zeigte bei dem 5jährigen Kinde einen Herd, der vollständig intraartikulär an der Epiphysengrenze lag und gleichmäßig in die unteren Teile der Epiphyse und des Schenkelhalses übergriff. Da an dieser Stelle selbstverständlich keine Muskelinsertion liegt, war die partielle Sperrung um so schwerer zu erklären, als die relative Freiheit der Beweglichkeit eine ausgedehnte Erkrankung der Kapsel unwahrscheinlich machte. Da derartige Herde im Schenkelkopf erfahrungsmäßig zu rascher Destruktion führen, entschloß sich v. F. zur Resektion, welche die Diagnose bestätigte und zugleich eine ungleichmäßige Erkrankung der Synovialis, vornehmlich an den unteren Kapselpartien und deren Insertion am unteren Schenkelhalsumfange aufdeckte. Dieser Befund konnte nicht überraschen, da er nach dem Gefäßverlaufe im Femurkopfe zu erwarten war. Derselbe wird nämlich von Gefäßen versorgt, die von der Zirkumferenz des Schenkelhalses in den Kopf eintreten und von unten her aufsteigend, von oben her absteigend den Kopf versorgen. Der zweifellos embolische Herd hatte also zu einer rückläufigen Infektion der Weichteile an der Eintritts- bezw. Austrittsstelle der Gefäße geführt. Da dieser Ort aber genau den Knochenherden der ersten 3 Fälle entspricht, kann eine Beteiligung der benachbarten Muskelbündel in dem oben definierten Sinne nicht von der Hand gewiesen werden. **Grätzer.**

Max Haudek, Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation. (Wiener med. Presse. 1904. No. 16 u. 17.) H. hat bis jetzt bei 9 Fällen einseitiger und bei 2 Fällen doppelseitiger Luxation das unblutige Repositionsverfahren in Anwendung gebracht. Die Kinder standen im Alter von 17 Monaten bis zu 9 Jahren. Die Reposition gelang in

3 Fällen einseitiger Luxation (17 Monate, $3^1/_2$ und 4 Jahre) sehr leicht; in 4 Fällen einseitiger Luxation (4, 6, 8, 9 Jahre alt) und einer doppelseitigen Luxation ($5^1/_2$ Jahre) war die Reposition mit größeren Schwierigkeiten verbunden und dauerte $^1/_2$—$^5/_4$ Stunde; in 3 Fällen gelang die Reposition in die Pfanne nicht, und mußte sich H. in 2 Fällen einseitiger Luxation von vornherein mit einer Transposition begnügen; bei einer doppelseitigen Luxation mußte er wegen der großen Schwierigkeiten, die sich schon der Herabholung des Kopfes entgegensetzten, nach einer Stunde seine Bemühungen aufgeben. Bei Herabholung des Kopfes bedient sich H. jetzt stets der manuellen Extension und führt, falls sich der Reposition in einer Sitzung allzugroße Schwierigkeiten entgegensetzen, dieselbe in Etappen aus. Die Herabholung des Kopfes und Reposition gelingen im allgemeinen desto leichter, je jünger der Pat. ist, weshalb man — abgesehen von sehr schwachen Kindern — mit dem Eingriff nicht bis zum zweiten Lebensjahr warten, sondern ihn vornehmen sollte, sobald die Kinder gehen und einigermaßen rein gehalten werden können! Nach gelungener Reposition fixiert H. die Beine in einem bis ans Knie reichenden Gipsverband, und zwar in leichter Innenrotation. Je jünger das Kind und je leichter die Reposition gelang, desto kürzer kann die Fixationsdauer bemessen werden. Bei den älteren Kindern nahm H. 2—3 Verbandwechsel vor und ließ die Verbände im ganzen bis zu 8 Monaten liegen; bei den jüngeren kam er mit einer 4 bis 6 Monate reichenden Fixation aus. Für die Nachbehandlung sind 6—8, bei doppelseitiger Luxation etwa 12 Monate notwendig. Die Resultate waren besonders in funktioneller Beziehung recht befriedigende. Von den sieben einseitigen Luxationen zeigten bei der Nachuntersuchung längere Zeit nach der Entlassung drei Reposition in die Pfanne, also ein gutes anatomisches Resultat, bei vier einseitigen und bei der doppelseitigen Luxation war es zur Transposition nach vorn gekommen. Der Gang war in allen Fällen ein recht guter. Auch in den Fällen, wo die Reposition bezw. Transposition nicht gelang, war durch die Beseitigung der meist starken Adduktionsstellung, sowie durch die wenn auch unvollständige Herabholung des Kopfes nach der Verbandabnahme meist Besserung des Ganges und bessere Haltung zu konstatieren. Grätzer.

B. Lange (Straßburg i. E.), Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Münch. med. Wochenschr. 1904. No. 20.) L.s eigene Fälle betreffen 31 Patienten mit 37 behandelten Gelenken. Hiervon funktionell gut 34 Gelenke und zwar anatomische Heilungen 10 über $1^1/_2$ Jahr, 6 kürzere Zeit. Mißerfolge 3. Oder in anderer Zusammenstellung: Einseitige Luxationen 24, davon waren funktionell geheilt 23, anatomisch 13 und Mißerfolg 1.

Doppelseitige Luxationen 7 mit 13 behandelten Gelenken, hiervon waren funktionell geheilt 11, anatomisch 4, Mißerfolge 2. Was die Dauer der Resultate anlangt, so sind 3 Gelenke bereits 7 Jahre geheilt, 5 Gelenke 6 Jahre, 6 Gelenke 5 Jahre, 4 Gelenke 4 Jahre, 4 Gelenke 3 Jahre, 2 Gelenke 2 Jahre usw.

Alter zur Zeit der Einrenkung: 2—$2^1/_2$ Jahre waren 5 Gelenke,

3 Jahre 17 Gelenke, 4 Jahre 3 Gelenke, 5 Jahre 2 Gelenke, 6 Jahre 1 Gelenk, 7 Jahre 2 Gelenke, 8 Jahre 1 Gelenk, 9 Jahre 2 Gelenke, 10, 11, 12 und 13 Jahre je 1 Gelenk.

Die Mißerfolge betreffen eine einseitige Luxation im Alter von $2^1/_2$ Jahren. Hier war die Stabilität sehr gering. Trotz längerer Fixation (über 1 Jahr) bildete sich keine Pfanne. Es handelte sich zweifellos um zwischengeklemmte Kapsel ev. Lig. teres. Die beiden anderen Mißerfolge betreffen eine doppelseitige Luxation, bei der das eine Gelenk im zehnten, das andere im elften Lebensjahre reponiert wurde und zwar jedes nach 4maliger Traktion auf dem Schedeschen Tisch. Die Reposition war, wie das Röntgenbild zeigte, beiderseits gelungen. Aber nach ca. 2 Jahren waren beide Gelenke reluxiert. Es hatten sich infolge zu weit vorgeschrittener Verknöcherung keine genügenden Pfannen gebildet. Grätzer.

W. Bauer, Drucknekrosen bei kongenitalem Klumpfuße. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 72. Heft 1—3. S. 325.) Das im übrigen wohlgebildete Kind mit doppelseitigem hochgradigen Pes varus zeigte unmittelbar nach der Geburt ungefähr 3—4 mm im Durchmesser große Hautnekrosen über beiden äußeren Knöcheln. Bis zum zehnten Tage war die oberste nekrotische Schicht abgestoßen; es zeigten sich nun Hautdefekte, deren Grund mit flachen, frischroten Granulationen bedeckt und gegen die Umgebung vertieft war. Die Ränder der Defekte waren scharf abgesetzt, leicht gewulstet und ebenso wie die nächste Umgebung etwas infiltriert und leicht gerötet.

Nach B.s Anschauung sind die Hautnekrosen durch den Druck entstanden, den die Uteruswand auf die Füße und speziell die Malleolargegend ausübt. Das Kind war spontan in Schädellage geboren, es hatte sich indes nur wenig Fruchtwasser entleert.

B. hält den Befund hinsichtlich der Ätiologie des angeborenen Klumpfußes von besonderem Interesse, da er für die Einwirkung eines von der Uteruswand auf die kindlichen Teile ausgeübten Druckes beweisend ist. Joachimsthal (Berlin).

M. Matsuoka, Beitrag zur Lehre von der fötalen Knochenerkrankung. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 72. Heft 4—6. S. 428.) Es handelt sich in dem von M. aus dem Göttinger pathologischen Institut beschriebenen Falle um ein totgeborenes Kindes weiblichen Geschlechts. Der Kopf ist relativ groß, der Brustkorb verengt und kurz. Sämtliche Rippen zeigen winklige Abknickungen mit Pseudarthrosen, die wahrscheinlich nach der Dislokation eingetreten sind. Es besteht beiderseitiger Strahlendefekt des Radius mit linkshändiger Polydaktylie. Die Haut ist leicht gefaltet, sie ist an dem Gesicht, besonders den Lidern ödematös geschwollen. Die Wirbelsäule ist im großen und ganzen knorplig, also biegsam. Die Röhrenknochen sind kurz und verkrümmt, aber von ziemlich derber Konsistenz; die Diaphysen sind stark verkürzt und klein, die Epiphysen kolbig verdickt. Das Becken ist klein und gegen Druck leicht nachgiebig. Die histologische Untersuchung ergibt mangelhafte Knochenbildung, die an einem großen Teil der Knochen enchondral und an anderen periostal ist. Bei den ersteren zeigen sich eine rudimentäre Wucherung der Knorpelzellen,

eine mangelhaft entwickelte hypertrophische Zone und eine kurze Strecke der verkalkten Knorpelsubstanz. Die Osteoblasten und Riesenzellen sind an den Rändern der neugebildeten Knochenbalken nur spärlich vorhanden. Die Diaphysen sind im allgemeinen schmal und klein und an beiden Enden trichterförmig dilatiert; in der Mitte fehlen die Markräume fast vollständig. Es handelt sich um Störungen der Resorptions- und Appositionsvorgänge. Die Epiphysen bestehen aus spärlichen Zellen mit ziemlich reichlicher, teils homogener, teils fibröser Grundsubstanz. Die periostale Knochenbildung ist viel besser ausgebildet als die enchondrale, aber gleichfalls nicht ganz normal; an den Phalangen und an $^3/_4$ der ganzen Länge der Rippen fehlen die periostalen Knochenlamellen vollständig.

Das Krankheitsbild ist in vielen Einzelheiten der chondralen Dysplasie sehr ähnlich, aber durchaus nicht vollständig; denn es ist nicht nur der Knorpel erkrankt, sondern auch die periostale Knochenbildung gestört. Nach M. gibt es außer den bisher bekannten noch viele bisher unbekannte Formen der fötalen Knochenkrankheiten.

Joachimsthal (Berlin).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

I. Internationaler Kongreß für Schulhygiene

in Nürnberg vom 4.—9. April 1904.

(Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 17.)

(Schluß.)

Aus den Abteilungssitzungen möge der für den praktischen Arzt und Bezirksarzt wichtigeren Referate und Vorträge in Kürze gedacht sein:

1. Über die Hygiene der Schulgebäude sprechen Prof. Blasius und Baumeister Osterloh-Braunschweig. Es kommt zunächst die Gesamtanlage des Schulhauses zur Sprache: der Bauplatz, die bauliche Anordnung, die Bauart; von den Schulzimmern: die Raumgröße, Anlage der Fenster, Abendbeleuchtung, Decke, Wände, Fußboden, Heizung und Lüftung, Schulgestühl; die Turnhalle, Aborte, der Schulhof und die sonstigen Schuleinrichtungen.

Prof. Dr. Gruber-München bringt Normen für Tageslichteinfall in Schulen. Als wesentlich Neues empfiehlt Gruber die Anwendung der Oberlichter in der Form des Pult- oder Sheddaches, jedenfalls seien die Schulzimmer nach Norden zu legen. Als Vorhänge sind weiße zu empfehlen, die jedoch von unten nach oben oder umgekehrt gezogen werden müssen. Gruber geht genauest auf Webers Raumwinkelmesser und Cohns Forderung ein, daß das Minimum Himmelsstück mindestens 50 Quadratgrade haben muß, um dem Platz genügend Helligkeit zuzuführen. Die Fensterverhältnisse: Fläche, Kreuz, Rahmen, Brüstung, Oberfenster und das Verhältnis zwischen Fenster und Raum werden kritisch besprochen, schließlich die Doppelfenster und die Aptierung schon bestehender Gebäude für Schulzwecke.

Auch Prof. Erismann-Zürich, der zur Frage der Orientierung der Schulzimmer das Wort nimmt, zieht eine Lage der Schulzimmer in nördlicher Richtung, N—NO und NW, jeder anderen vor. Ventilation und Heizung erfordern hierbei besondere Berücksichtigung. Erismann verlangt, daß wenigstens während des Unterrichtes eine direkte Insolation ausgeschlossen sei. Die gleichmäßige Beleuchtung der Arbeitsplätze in einem von der Sonne beschienenen Zimmer ist unmöglich; sie ist nur dann zu erreichen, wenn das Zimmer ausschließlich durch diffuses Tageslicht erleuchtet ist. Das letztere wirkt wohltuend auf das Auge, während die großen Lichtkontraste im Sonnenzimmer lästig und schädlich sind.



Auch Prof. Prausnitz-Graz, welcher über indirekte Beleuchtung von Schulzimmern spricht, empfiehlt die Bestrebungen Erismanns aufs wärmste. Am meisten sind zu empfehlen möglichst hoch gehängte elektrische Bogenlampen oder entsprechend angebrachte Gasglühlichter. Besonderes Augenmerk ist auf die Staubansammlung in den Schirmen zu legen.

Baurat Wingen-Bonn berichtet über Helligkeitsmessungen in Schulen; mehrere Redner besprechen das Schulhaus auf dem Lande, zu bessern ist hier eigentlich alles: die Reinigung der Schulräume, die Ventilation in den Schulen und die Schulbankfrage.

Dr. Jacobitz-Karlsruhe empfiehlt die desinfizierenden Wandanstriche; er glaubt, daß die Hauptvorteile der Öl- und Emailfarben in der Aufnahmefähigkeit des Formalins bestehen.

Als wesentlich neue Mitteilung erscheint ein Vortrag Prof. Nußbaums-Hannover: Der gesundheitliche Wert niedrig temperierter Heizkörper in Schulräumen. Nußbaum begründet seine Ansprüche mit folgenden Sätzen: Die Luft soll möglichst wenig Staub enthalten. Der vorhandene Staub ist möglichst unschädlich zu machen, indem vor allem die Zersetzung des organischen Staubes hintangehalten wird. Die durch die Atmungsvorgänge der Schüler entstehende Verunreinigung der Luft ist aufzuheben und ihr hauptsächlich durch Wasserdampf entgegenzuarbeiten. Das künstliche Befeuchten der Luft ist als nachträglich zu bezeichnen. Man bedarf Heizvorrichtungen, welche so beschaffen sind, daß die Oberfläche beliebig hoch und gleichmäßig erwärmt werden und daß in jedem Einzelfall eine bestimmte Höchsttemperatur nicht überschritten werden kann und möglichst automatisch stattfindet. Nußbaum empfiehlt das sogenannte Stoffumwälzungsverfahren, die Verwendung großer, niedrig temperierter Heizkörper.

Lehrer Meyer-Hamburg empfiehlt die transportablen Schulpavillons, besonders die Döckerschen Baracken.

Aus Gruppe B: Hygiene der Internate usw. ist verhältnismäßig wenig Neues zu berichten. Prof. Zuba-Budapest tritt warm für den Vorzug der Internate vor den Kosthäusern ein. Bau und Einrichtung derselben sind von der Schule zu kontrollieren, Berichte über den Betrieb an die Ministerien einzusenden. Ärztliche Überwachung des Internates ist nötig. Bezüglich der Verhinderung der Verbreitung ansteckender Krankheiten und sexueller Exzesse erfordert die größte Umsicht und das energischste Einschreiten seitens der Ärzte.

Über den Wert der Experimente bei Schüleruntersuchungen sprechen Sanitätsrat Altschul-Prag und Dr. Vannod-Bern. Über das Maß der Lehrpensen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten Dr. Benda-Berlin und Dr. Schwend-Stuttgart. Dr. Neuburger-Nürnberg gibt vom augenärztlichen Standpunkte aus „Die Mindestforderung bei der typographischen Ausstattung von Schulbüchern". Die Vorzüge des ungeteilten Unterrichtes, die Reduktion der Schüler, die Schülerüberbürdung, die verschiedenen Unterrichtsmethoden werden von mehreren Rednern besprochen; Schule und Nervenkrankheiten, ihre Beziehung zueinander führt Sanitätsrat Dr. Wildermut-Stuttgart aus.

In Gruppe C sprachen Prof. Blasius und Prof. A. Wernicke-Braunschweig über hygienische Unterweisung der Lehrer. Ihre Leitsätze waren: Eine schulhygienische Unterweisung ist für alle Lehrer erforderlich; sie erstreckt sich auf Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, Schulkrankheiten, Bau des Schulhauses nebst innerer Einrichtung, Spielplätze, Hygiene des Unterrichtes, hygienische Überwachung der Schüler. Sie wird durch Vorlesungen und durch praktische Übungen vermittelt entweder in den Seminarien oder für Inhaber des Lehramtes in besonderen Kursen. Künftig ist die Schulhygiene in den Prüfungen für das Lehramt möglichst als verbindliches Fach anzuführen.

Die hygienische Unterweisung der Schüler führt Geheimrat Wernicke-Posen folgendermaßen aus: 1. Die Kenntnis der Haupttatsachen der modernen Gesundheitslehre ist so wichtig, daß die Schule die Hygiene als Lehrgegenstand aufnehmen muß: non scholae, sed vitae discimus! 2. Hygiene zu einem besonderen Unterrichtsfach zu machen, erscheint zurzeit nicht notwendig. 3. Bei Einschränkung der Lehre von der Physik können viele Hauptkapitel der Hygiene (Luft, Boden, Wasser, Kleidung, Heizung, Beleuchtung, Wohnung usw.) hierbei besprochen werden. 4. Bei der Lehre vom menschlichen Körper muß mehr Nachdruck auf die Physiologie gelegt werden. Botanik und Zoologie können Einschränkungen erfahren. Dafür sollen genauer die menschlichen und tierischen Parasiten als



Krankheitserreger besprochen werden, und die Verhütung der Krankheiten gelehrt werden, auch erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen. 5. Die Lehrer der Mathematik und Naturwissenschaften müssen auf der Universität Physiologie und Hygiene hören. Die Volksschullehrer müssen an den Seminaren entsprechenden Unterricht erhalten. 6. Die Lehrer der Naturwissenschaften an den höheren Schulen und die Seminarlehrer müssen wiederholt zu den hygienischen Kursen an hygienische Institute geschickt werden. 7. Die Leiter von Schulen (Direktoren usw.) müssen zu Kursen an hygienische Institute geschickt werden, in denen die Schulhygiene, betrachtet vom Verwaltungsstandpunkte besprochen wird. 8. Die Beschaffung hygienischen Demonstrationsmaterials für Schulen ist notwendig. 9. Schulhygiene ist hygienischer Unterricht an den Schulen. Schulhygiene muß praktisch dadurch betrieben werden, daß namentlich die Jugendspiele (Schwimmen, Eislauf, Wandern) den ihnen gebührenden Raum und Zeit im Lehrplan erhalten und daß das vielfach unhygienische methodische Schulturnen eingeschränkt wird. Rückkehr zur Natur im vollsten Sinne des Wortes.

Die sexuelle Aufklärung in den höheren Schulen (Prof. Schuschny-Budapest), sowie die Aufklärung der heranwachsenden Jugend über die Geschlechtskrankheiten (Dr. Epstein-Nürnberg) wird mit Recht gefordert.

Fischer-Berlin bringt sehr gute Vorschläge zur Errichtung einer hygienischen Schulsammlung als Lehrmittel für den Unterricht der Hygiene in der Schule.

Die körperliche Erziehung der Schuljugend, Gruppe D, wurde von Dr. F. G. Schmidt-Bonn mit einem Vortrag über Schulbäder eingeleitet: Schmidt führt aus, daß die Schule selbst diese Sache in die Hand nehmen müsse, und zwar am besten durch Einrichtung besonderer Schulbäder im Schulhause selbst. Die hygienisch zweckmäßigste Form von Schulbädern ist die von Brausebädern, welche jedesmal einer größeren Zahl von Schulkindern gleichzeitig zu baden gestatten. Schmidt bespricht dann die Einrichtung des Schulbrausebades, der Brausen, die Dauer des Bades, die Wärme des Wassers. Die Beteiligung der Kinder muß eine freiwillige sein. Bei zur Verfügung stehenden Schwimmbädern empfiehlt es sich, Massenschwimmunterricht der über 10 Jahre alten Schüler einzuführen. Der Unterricht kann in den Turnstunden mit dem sogenannten Trockenschwimmunterricht begonnen werden. Über Erteilung von Schwimmunterricht an Schüler berichtet ausführlicher Dr. Sigmund Merkel-Nürnberg. Derselbe empfiehlt die obligatorische Einführung desselben, soweit es sich um gesunde Kinder handelt.

Turnen und Jugendspiele (Dr. F. A. Schmidt-Bonn und Möller-Altona) bildet das 2. Hauptreferat dieser Gruppe. Es werden im wesentlichen die durch den Zentralausschuß zur Förderung der Jugend- und Volksspiele aufgestellten Grundsätze vertreten.

Die körperliche Erziehung der Jugend in verschiedenen Ländern bildet den Gegenstand mehrerer Vorträge; ebenso die Atemgymnastik und das Mädchenturnen.

Krankheiten und ärztlicher Dienst in den Schulen, Gruppe E, nehmen den breitesten Raum mit den angekündigten Vorträgen ein, geben jedoch meist nur bekannte Gebiete wieder. Sanitätsrat Dr. Altschul-Prag bringt Vorschläge über eine allgemein einzuführende Morbiditätsstatistik.

Die Schularztfrage wurde offiziell als Referenten Prof. Leubuscher-Meiningen übertragen; von einer ganzen Reihe von Ländern wurden die entsprechenden Erfahrungen hierzu beigebracht. Leubuschers Leitsätze sind: Die Schularzteinrichtung ist das beste Mittel, Schädigungen, die aus dem Schulbesuche entspringen, nach Möglichkeit zu mildern und zu beseitigen. Der Staat, der den Schulzwang fordert, hat als oberste Schulbehörde deshalb die Verpflichtung, Schulärzte für alle Schulen anzustellen. Das Interesse, welches der Staat an der Schularztorganisation hat, beruht nicht auf der Feststellung und der Besserung der Gesundheitsverhältnisse der Schuljugend allein, sondern auch auf der Möglichkeit, durch die schulärztlichen Untersuchungen Kenntnis von den Rückwirkungen und Wechselbeziehungen zwischen den Wohnungs-, Erwerbs- und Ernährungsverhältnissen der Gesamtbevölkerung und den Krankheiten der Schüler zu erlangen. Durch eine staatliche Organisation der Schularzteinrichtung wird die Möglichkeit durchgreifender Verbesserungen auf dem ganzen Gebiete der Schulhygiene und insbesondere auch auf dem Gebiete der Unterrichtshygiene gegeben.

Sehr beachtenswerte Empfehlungen betreffs Errichtung städtischer Schul-Zahnkliniken brachte Dr. Jessen-Straßburg i. E., Dr. Sickinger-Brünn, Dr. Kiel-

hauser-Graz. Die Zunahme der Zahnkaries ist geradezu erschreckend, wie die statistischen Untersuchungen von Schulkindern und Soldaten beweisen. Die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder wird durch sie geschädigt, die allgemeine Volksgesundheit herabgesetzt. Die Bekämpfung dieser Mißstände ist nur möglich durch die Einführung von Zahnärzten in Schule und Heer.

Augenärztliche Erkrankungen in den Schulen besprechen Generalarzt Seggel-München: Schädigung des Lichtsinns durch die Schule. Dr. Steiger-Zürich: Schule und Astigmatismus. Dr. Gelbke-Karlsruhe in Gruppe F: Die Beziehungen des Sehorgans zum angeborenen und erworbenen Schwachsinn. Ebenso werden weitere augenärztliche Fragen über Sehprüfungen in der Schule besprochen. Die Behandlung der Skoliose in der Schule, Hautkrankheiten in der Schule und andere spezialärztliche Fragen: Hörfähigkeit und Infektionskrankheiten, die kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhle, der Rachenhöhle und der Ohren, Nervosität und Schuljugend sind weitere dargebrachte Vorträge und Mitteilungen.

Grundsätze für die Anwendung und Bemessung der Schulabwesenheit bei infektionskranken Schülern behandelt Dr. Pustowka-Tetschen. Derselbe verlangt, daß alle Wohnungsgenossen Infektionskranker vom Schulbesuche zugleich mit diesen für die ganze Dauer der Infektionsgefahr ausgeschlossen werden, falls der Infektionsfall aus der Wohnungsgemeinschaft nicht völlig entfernt wird. Bei leicht übertragbaren, gefährlichen Infektionskrankheiten ist diese Karenzzeit auf sämtliche Hausgenossen auszudehnen, bei milden Infektionskrankheiten (Varizellen, Röteln, Mumps) kann bei günstig gelegenen häuslichen Verhältnissen Wohnungsgenossen der Schulbesuch gestattet werden.

Die Gruppe F. „Sonderschulen“, berührt vor allem ein pädagogisches Gebiet. Das Sonderklassensystem der Mannheimer Volksschule, Hilfsschulen für Schwachbegabte, zur Gesundheitspflege taubstummer Kinder, gehören fast rein dorthin. Mehr ärztliches Interesse beansprucht Dr. Rosenfeld-Nürnberg: Über Krüppelschulen. Rosenfeld führt aus, auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen und der vorliegenden Statistiken besteht das Bedürfnis, auch für die Krüppel eigene Sonderschulen einzurichten. Die Schulen müssen vom Staate unterhalten werden. Die bestehenden Privatschulen entsprechen zwar in Einrichtung und Leistungen, können aber nicht die Hilfe in dem notwendigen Umfange leisten. Die Krüppelsonderschule hat nicht nur den Unterricht der Volksschule, sondern auch einen gewerbetechnischen Fortbildungsunterricht zu geben. Eine Verbindung mit Internaten ist wünschenswert; ein spezialärztlicher Dienst, eventuell im Anschluß an bestehende Heilanstalten oder Polikliniken anzustreben.

Den Einfluß der Schule auf die Sprachstörungen beleuchtet Dr. Gutzmann-Berlin; Nervosität und Schwachsinn beim Kinde in ihren Beziehungen Dr. Feser-München und Die moralisch Schwachsinnigen in den Schulen Dr. Cron-Heidelberg.

In der Gruppe G., in welcher über Hygiene der Schuljugend außerhalb der Schule, Hygiene des Lehrkörpers und allgemeines vorgetragen wurde, eröffnete Lehrer Benniger-Wiesbaden die Reihe der Vorträge mit der Frage der Elternabende und deren Organisation, und empfiehlt, wie es in Wiesbaden der Fall ist, ein Zusammenwirken von Eltern, Schulmännern, Ärzten, Technikern, Sozialpolitikern usw.

Die Beschäftigung der Schüler außerhalb der Schule wird nach ihren verschiedensten Seiten hin von Oberlehrer Raller-Darmstadt behandelt und im Anschluß hieran über die Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit der Hausaufgaben von Dr. Jäger-Schwäbisch-Hall und Hauptlehrer Schause-Dresden referiert. Das Resümee dieser Ausführungen war wohl das, daß die gesundheitsschädliche Überbürdung der Kinder, sei es mit Arbeiten, welche mit der Schule selbst nichts zu tun haben (Brotaustragen, Kegelaufsetzen usw.), sei es mit Hausaufgaben streng zu vermeiden sei, und daß infolgedessen einmal die körperliche Ausbildung der Kinder durch Spiele aller Art im Freien, durch Schlittschuhlaufen, Schwimmen usw. mit größerem Nachdruck als bisher durchzuführen sei, und daß zweitens zu diesem Zweck die Hausaufgaben mindestens erheblich einzuschränken, wenn nicht ganz aufzuheben seien.

Nachdem Frau Prof. Kruckenberg-Kreuznach und Frl. H. Sumper-München in einem Vortrage über „Die Bedeutung der schulhygienischen Bestrebungen für die Frauen und für die Familie“ sowohl die Pflichten der Frauen und Mütter gegenüber der heranwachsenden Jugend genügend beleuchtet hatten, als auch ganz besonders für die Rechte und die Stellung der Frau bei der

hygienischen Erziehung der Kinder in tatkräftiger Weise in die Schranken getreten waren, erregten die Ausführungen von Dr. Flachs-Dresden, der in seinem Vortrag über „Die Hygiene der Kleidung bei der weiblichen Schuljugend" die Ursachen des Korsettragens bei den Schulmädchen in dem Unverstand der Mütter, der Eitelkeit der Kinder und nicht zum geringsten in dem schlechten Beispiel der Lehrerinnen sucht, einen wahren Entrüstungssturm unter dem weiblichen Auditorium. Flachs zeigte an zwei Modellen von Mädchenkleidern, wie die Grundsätze der neuen Frauenkleidung am besten in die Praxis umgesetzt würden: gleichmäßige Verteilung der Kleider auf Schultern und Hüften, Vereinfachung der Kleider, Verminderung des Gewichtes. Die Hauptsache ist ein Leibchen, an welches Unter- und Oberkleider angeknöpft werden können. Auch einige sehr wichtige und zu beherzigende Ratschläge in bezug auf Halskragen, Strumpfbänder und Schuhwerk fügt Redner noch an.

Frl. Dr. med. Katharine van Tussenbrock-Amsterdam gibt in ihrem Vortrag über „Hygiene des Lehrkörpers" auf die Frage nach dem Gesundheitszustand und der Lebensdauer der Lehrer, sowie nach den Berufskrankheiten der Lehrer ungefähr folgende Antworten. In allen Sterblichkeitsstatistiken nach Berufen haben die Lehrer eine niedrige Sterblichkeitsziffer. Eigentliche Berufskrankheiten der Lehrer können bis jetzt noch nicht aufgeführt werden. Prädisposition für Tuberkulose scheint nur da hervorgerufen zu werden, wo der Lehrerberuf unter sehr ungünstigen hygienischen Bedingungen ausgeübt wird. Die einigermaßen erhöhte Sterblichkeitsziffer an Gehirnkrankheiten scheint sicher die Lehrer der höheren Lehranstalten zu betreffen. Das unzweifelhaft häufige Vorkommen von Neurasthenie scheint die Ursache weniger im Beruf selbst, als in Umständen zu haben, welche dem Berufe naheliegen.

Die Vorträge über „Rauchverbot und Rauchfreiheit für die Studierenden der obersten Klassen" von Dr. Stanger-Trautenau, sowie über „Alkohol und Schule" von Dr. Blitstein und Dr. Hadelich-Nürnberg beleuchteten in zum Teil äußerst drastischen und lebhaften Bildern die Schädlichkeiten der beiden Gifte Nikotin und Alkohol und brachten außer dem, was jedem Arzt und jedem Pädagogen schon der gesunde Menschenverstand sagt, keine wesentlich neuen Gesichtspunkte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 28. April 1904.

(Offizielles Protokoll nach der Wiener klin. Wochenschrift. 1904. Nr. 20.)

I. Dr. Fritz Spieler demonstriert aus der chirurgischen Abteilung des Karolinen-Kinderspitales ein 8jähriges Mädchen mit angeborener abnormer Weite und Dehnbarkeit des Kapsel- und Bandapparates der Gelenke, in welcher Vortr. das wichtigste ätiologische Moment für die Entstehung der übrigen, bei dem Kinde gleichfalls kongenital vorhandenen Gelenksanomalien sieht, nämlich: einer doppelseitigen Hüftgelenksluxation, eines beiderseitigen, hochgradigen Pes valgoplanus sowie einer bei der Geburt bestandenen, nunmehr aber durch konservativ-orthopädische Behandlung (durch Herrn Prof. Fraenkel) bereits seit Jahren ausgeheilten linksseitigen präfemoralen Unterschenkelluxation.

Die meisten Gelenke des Kindes zeigen einen abnorm dehnbaren und nachgiebigen Kapsel- und Bandapparat, so daß alle Bewegungsexkursionen in denselben größer sind als normalerweise, und daß es möglich ist, sowohl durch Zug Distraktionen in diesen Gelenken als auch durch passive Bewegungen allerhand Subluxationen nach den verschiedensten Richtungen hin zu erzeugen. Am hochgradigsten und auffallendsten sind diese abnormen Verhältnisse an den Zehen- und Fingergelenken, in welchen letzteren das Kind sogar willkürlich hochgradige Subluxationsstellungen erzeugen und wieder reponieren kann.

Gleich Jul. Wolff, der im Jahre 1892 auf dem Berliner Chirurgenkongresse einen ganz ähnlichen Fall vorstellte und später auch in der „Zeitschrift für orthopädische Chirurgie" (Bd. 2, 1893) ausführlicher beschrieb, hält Vortr. es für naheliegend, ja für unabweislich, die vorhandenen kongenitalen Luxationen mit der



in den meisten anderen Gelenken des Körpers bestehenden abnormen Erweiterung des Kapsel- und Bandapparates in Zusammenhang zu bringen, ohne auf eine von den gegenwärtig am meisten akzeptierten Theorien zur Erklärung der Entstehungsweise kongenitaler Luxationen zu rekurrieren, wie: Fruchtwassermangel und abnorme Lage des Fötus in utero oder abnorme Kleinheit der Pfanne (für die Hüftluxation). Wie im Falle Wollfs, so ist wohl auch im vorliegenden Falle die Kapselerweiterung als das Primäre anzusehen und hat erst sekundär zur nachträglich fix gewordenen Luxation sowohl im Hüft- wie im Kniegelenke geführt.

Wie meist bei angeborener Knieluxation, so wurde — nach Angabe der Mutter — auch das vorgestellte Kind mit kopfwärts geschlagener linker unterer Extremität geboren. Doch glaubt Vortr. mit Jul. Wolff, daß diese abnorme Stellung des Kindes in utero und unmittelbar nach der Geburt als Folge, nicht aber als Ursache der Knieluxation aufzufassen sei. — Ohne verallgemeinern zu wollen, möchte Vortr. aus dem vorgestellten Falle in Übereinstimmung mit Jul. Wolff die Lehre ziehen, daß eine angeborene abnorme Weite des Kapsel- und Bandapparates eines Gelenkes unter Umständen das ursächliche Moment einer angeborenen Luxation abgeben kann.

II. Dr. Jul. Flesch, poliklin. Assistent, demonstriert einen Fall von hysterischer Dauerkontraktur der Phalangen aller vier Extremitäten. Die 11jährige Kranke aus meiner Privatklientel war bis vor drei Monaten vollkommen gesund und stammt von gesunden Eltern. Damals erkrankte sie an Dyspepsie, erbrach öfters und bemerkte, daß sie in derselben Nacht die geballte Faust nicht öffnen könne und am darauffolgenden Morgen sich auch die beiderseitigen Zehen krampfhaft in Beugestellung befanden. Die Dyspepsie schwand alsbald, die Flexionsspasmen blieben bis heute unverändert und schmerzlos. Das Kind ist hochgradig anämisch, in der Entwicklung sehr zurückgeblieben, ohne Zeichen von Rachitis oder angeborener Syphilis. An der Kopfhaut befindet sich ein chronisches borkiges Ekzem seit vielen Monaten. Die inneren Organe sind tadellos; Finger und Zehen aller Extremitäten in persistenter tonischer Beugestellung; ihre gewaltsame Streckung gelingt nur schwer, um bei Nachlaß des Widerstandes gleich wieder in die Flexionsstellung zurückzukehren. Weder an den Gelenken, noch an den Muskeln und Knochen irgend eine pathologische Veränderung. Kein Chwosteksches, kein Trousseausches Phänomen. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven unverändert. Die Sehnenreflexe allenthalben stark erhöht. Die Sensibilität an der Haut und an den Schleimhäuten vollständig normal. Der Gang des Kindes ist infolge der übermäßigen Fußwölbung und der spastischen Varusstellung nahezu unmöglich. Babinskyscher Reflex fehlt ebenfalls. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht: 1. Spinale Erkrankungen, wie Syringomyelie, amyotrophische Lateralsklerose, die mangels Atrophien und Sensibilitätsstörungen a priori auszuschließen sind. 2. Die von älteren Autoren als eine Abart der Tetanie gedeuteten Fälle von persistenten Flexionsspasmen, die Henoch als „idiopathische Kontrakturen", Escherich und Guinon als persistente Tetanie und Pseudotetanus, Cruveilhier, Strümpell, Niemeyer als Arthrogryposis und Hochsinger in einer erschöpfenden Monographie als „Myotonie der Säuglinge" bezeichnet haben. Allein diese Fälle betrafen fast ausschließlich Säuglinge mit Darmaffektionen, und es waren zumeist auch andere Gelenke in spastischer Flexion. Immerhin ist eine gewisse Ähnlichkeit unseres Falles mit dieser Gruppe nicht zu leugnen. Wir müssen in Anbetracht des plötzlichen Auftretens der Kontrakturen und der Eigenartigkeit des Symptomenbildes an Hysterie denken, und um Hysterie handelt es sich denn auch in der Tat trotz Fehlens objektiver hysterischer Stigmata, trotz Mangels hysterischer Sensibilitätsdefekte. Die Spasmen weichen, nämlich im Schlafe vollkommen, und ich habe ferner bemerkt, daß in Momenten, wo sich das Kind unbeachtet glaubt und nach einem Spielzeuge langt, die Faust sich instinktiv öffnet und die Finger auf kurze Augenblicke in Streckstellung sich begeben.

Dr. C. Hochsinger hebt hervor, daß der hier vorgestellte Fall mit den Fällen, welche er als „Myotonie der Säuglinge" beschrieben hat, keine Berührungspunkte hat, und macht weiterhin darauf aufmerksam, daß der von dem Vortragenden herangezogene Fall Guinons auch keine Ähnlichkeit mit dem demonstrierten besitze. Der Fall Guinons zeichnete sich durch eine tetanusähnliche Versteifung sämtlicher Rumpf- und Extremitätenmuskeln aus und rangiert in das Gebiet jener Fälle, welche von Escherich als „Pseudotetanus" beschrieben worden sind.

Die Diagnose „hysterische Kontraktur“, welche der Vortragende in diesem Falle gestellt hat, entspricht auch nach Ansicht Hochsingers den Tatsachen.

Prof. Dr. Escherich verweist diesfalls darauf, daß der vorgestellte Fall mit der Beobachtung Guinons sowie mit seinen als Pseudotetanus beschriebenen Beobachtungen nichts zu tun habe, und erwähnt eines Knaben, der durch 3 Jahre wegen spastischer Erscheinungen an den Beinen an verschiedenen Orten behandelt wurde und bei dem erst in jüngster Zeit durch die an der Kinderklinik vorgenommene antihysterische Behandlung eine Heilung erzielt werden konnte.

Doz. Dr. Foltanek frägt, ob die Patientin Herabsetzung der Corneal- und Rachenreflexe aufgewiesen habe, was Vortragender verneint.

III. Dr. Zuppinger demonstriert einen 7jährigen Knaben mit äußerst seltenem und schwerem Ausgange der Polioencephalitis in hochgradige Idiotie, allgemeine spastische Lähmungen und Kontrakturstellungen. Der Knabe war bis zu seinem 11. Lebensmonate gesund. Drei Wochen nach Ablauf von Masern bekam er Konvulsionen, hernach war das Kind am ganzen Körper gelähmt und nahm an der Umgebung gar keinen Anteil mehr. Nach 8 Monaten stellten sich langsam in den Extremitäten athetotische Bewegungen ein, wobei auch der Kopf mit Nicken beteiligt war. Im Laufe der nächsten 3 Jahre ließ die Athetose nach und in den Vordergrund traten spastische Lähmungen und Kontrakturen. Das blasse, hochgradige abgemagerte Kind ist vollständig bewegungsunfähig, am ganzen Körper steif, so daß man es wie ein Kind mit Starrkrampf am Kopfe aufrichten kann. Die oberen Extremitäten sind in Beugekontraktur, die Wirbelsäule ist hochgradig kyphoskoliotisch, der rachitische Thorax sinkt bei jeder Inspiration tief ein, die Inspiration ist laut schnarchend. Die unteren Extremitäten zeigen eigentümliche Kontrakturstellungen sowie verschiedene Luxationen und Subluxationen der Gelenke, so daß es schwer ist, sie in die normalen Stellungen zurückzubringen. In inguine sieht und fühlt man beiderseits unter der Haut den Oberschenkelkopf. Im Sprunggelenk sind beide Füße im rechten Winkel nach außen luxiert.

Das Kind ist ein ausgesprochener Idiot, der seinen geringen Gefühlen nur mit Weinen und einigen unartikulierten Lauten Ausdruck gibt, sieht und hört, kennt seine Eltern und Geschwister, nimmt aber nicht den geringsten Anteil an der Umgebung. Die Nahrung muß ihm natürlich gereicht werden. Öfters im Tage treten unter rascher, keuchender Respiration schwere klonische Zwerchfellkrämpfe auf, die einige Minuten anhalten. Auch in den Facialisgebieten kommt es öfters im Tage zu klonischen und tonischen Krämpfen, wobei die rechte Hals- und Armmuskulatur beteiligt ist.

Diesem schweren Symptomenkomplex entsprechen gewiß in beiden Großhirnhemisphären ausgebreitete Porencephalien mit sekundärer absteigender Degeneration der Pyramidenbahnen.

Doz. Dr. Zappert verweist darauf, daß der vorgestellte Fall bei den hochgradigen Anfallserscheinungen und dem zu erwartenden bedeutenden Hirndefekte ähnlich wie die Fälle von Anencephalie Gegenstand physiologischer Untersuchungen über die Funktionstätigkeit der restlichen Gehirnteile abgeben könnte, um so mehr als das Befinden des Kindes eine letale Prognose sehr wahrscheinlich mache.

IV. Dr. H. Lehndorff demonstriert ein anatomisches Präparat von dem am 17. März vorgestellten Falle von Morbus Barlow. Ich hatte Gelegenheit, das in der letzten Sitzung hier vorgestellte Kind weiter zu beobachten, und erlaube mir über den Verlauf und das Ergebnis der Obduktion zu berichten. Die Schwellung an der linken Tibia ging immer mehr zurück, während sie am rechten Oberschenkel deutlich zunahm. Nachdem zwei Probepunktionen Blut ergeben hatten, wurde gegen Ende des Lebens Eiter aspiriert; hierauf Spaltung des Abszesses. Das Kind starb im Spitale an Morbillen. Eine 8 Tage a. m. vorgenommene Röntgen-Untersuchung (Dr. Holzknecht) ergab Ossifikationslamellen in dem sackförmig abgehobenen Periost, ein Befund, den ich früher in einem sicheren Fall von Barlow konstatieren konnte.

Bei der von Hrn. Prof. Albrecht vorgenommenen Obduktion fand sich nun keine Spur von hämorrhagischer Diathese, nur eine eigentümliche schwarzrote Verfärbung des Markes der beiden erkrankten Knochen; ferner eine starke Hyperostose und Periostverdickung und außerdem ein kleiner osteomyelitischer Herd am distalen Ende des rechten Oberschenkels mit Bildung eines Knochenabszesses.

Klinisch hatten wir uns nicht für die Diagnose Osteomyelitis entschließen können, da die Affektion afebril verlief, da sich unter unsern Augen ein Herd zurückbildete, während ein zweiter sich entwickelte, und weil schließlich eine zweimalige Probepunktion nur Blut ergab.

Prof. Dr. Kassowitz frägt, wie der übrige Knochenbefund sich verhielt.

Dr. Lehndorff erwidert, daß derselbe mit Ausnahme von rachitischen Veränderungen normal war.

V. Dr. Preleitner stellt einen Fall von geheiltem schweren Tetanus nach spinaler Antitoxininjektion vor. Verletzung am Knie, Eiterung. Am 13. Tage nach der Verletzung Ausbruch der ersten Tetanussymptome. An diesem Tage nach bereits bestehenden Vorschlägen spinale Injektion von 10 cm^3 und subkutane Injektion von 90 cm^3 Tetanusantitoxin, ebenso Exzision der verletzten Hautstelle im Gesunden. In dem Wundsekret und dem exzidierten Gewebsstücken konnten keine Tetanusbazillen nachgewiesen werden.

Die Anfälle nehmen an Häufigkeit und Intensität ab, die Heilung geht nach Extraktion eines in der Tiefe der Wunde versteckten kleinen Holzsplitters noch rascher vor sich.

Ausgang in vollständige Heilung.

IV. Ferner demonstriert Dr. Preleitner einen operativ geheilten Fall von totaler bilateraler Gaumenspalte.

VII. Dr. Carl Hochsinger: **Die Beziehungen der hereditären Lues zur Rachitis und Hydrocephalie.** Der Vortr. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die während der Früheruptionen der hereditären Lues vorherrschende generelle hyperämische Reizung an den Appositionsstellen des Knochensystems kann als ein die Entstehung von Rachitis begünstigendes Moment betrachtet werden, während die mit dem Zurückgehen der syphilitischen Reizungsphänomene an den osteogenen Geweben auftretende Hyperostose als ein Hindernis für die Entwicklung schwerer rachitischer Knochenverbildungen anzusehen ist.

2. Unter den hereditär-luetischen Kindern ist die Rachitis etwas häufiger als unter den luesfreien. Die Rachitis setzt bei luetischen Säuglingen zeitlicher ein, läuft aber rascher ab als bei nichtsyphilitischen und führt bei den ersteren niemals zu hochgradigen Skelettverbildungen.

3. Der Schädelumfang hereditär-syphilitischer Säuglinge ist wegen der durch die Syphilis angeregten intensiveren Knochenapposition an den Wachstumszentren der Schuppenknochen während des ganzen ersten Lebensjahres größer als bei normalen Kindern, während des ersten Lebenssemesters auch größer als bei rachitischen und wird erst im zweiten Lebenssemester von den rachitischen Schädeln an Größe übertroffen.

4. Das Caput natiforme Parrots ist nur dann mit Sicherheit auf hereditäre Lues zurückzuführen, wenn es bereits in den ersten Lebensmonaten deutlich entwickelt und mit einer abnormen Härte der Kopfknochen und einer relativ kleinen Fontanelle verbunden ist; dieselbe Kopfform kommt aber auch ohne Syphilis bei Rachitikern im zweiten und dritten Lebensjahre vor.

5. Der Hydrocephalus der ersten Kindheit ist in einer großen Anzahl von Fällen durch hereditäre Lues bedingt, welche zu entzündlichen Veränderungen an den weichen Hirnhäuten und Plexus und zu intracraniellen Gefäßerkrankungen führen kann. Vielfach gibt eine spezifische, diffuse innere Periostitis der Schädelknochen den Anstoß zur Fortleitung des Entzündungsprozesses auf die weichen Hirnhäute.

6. Der syphilitische Hydrocephalus der Säuglinge hat mit der rachitischen Pseudohydrocephalie wohl eine oberflächliche Ähnlichkeit, kann aber im Säuglingsalter von derselben unterschieden werden.

7. In einer großen Zahl von Fällen ist der syphilitische Hydrocephalus durch Jod-Quecksilberbehandlung heilbar, so daß diese Behandlung überhaupt bei jeder Form von Hydrocephalus im frühen Kindesalter angezeigt ist.

Doz. Dr. Zappert: Das Resultat, zu welchem Hochsinger kommt, nämlich das Auftreten von Hydrocephalus bei hereditär-syphilitischen Kindern, ist unzweifelhaft richtig. Hochsinger hat aber zwei Prämissen gemacht, die angreifbar erscheinen. Er geht von der Behauptung aus, daß bei hereditär-luetischen Säuglingen überhaupt der Kopfumfang jenen nichtsyphilitischer gleichaltriger Kinder übertreffe, und meint ferner, soweit aus seinen Ausführungen hervorgeht,



daß dieser Vergrößernng des Kopfumfanges einerseits Knochenauflagerungen am Schädeldach, andererseits eine Leptomeningitis entsprechen, welche sich auch bei Kindern ohne Hydrocephalie durch Spannung der Fontanelle zur Zeit des Auftretens des syphilitischen Hautexanthems kundgeben könne. Aus dieser Reizung der Meningen entstehe dann — in einzelnen Fällen — der Hydrocephalus lueticus. Zum Beweise der Vergrößerung des Kopfumfanges hereditär-luetischer Kinder hat Hochsinger Schädelmessungen angestellt, hierbei jedoch als normale Kontrollzahlen eigene Ziffern von rachitisfreien Kindern aufgestellt, die niedriger sind als die von anderen Autoren angegebenen. Es sei hierbei auf die Zahlen von Liharzik, von Schmidt-Monard, von Monti, aber auch von Hochsinger selbst hingewiesen, der in seiner Studie über die Stirnfontanelle seinerzeit an ebenfalls rachitisfreien Kindern für einzelne Perioden des Säuglingsalters höhere Zahlen aufgestellt hat als in der jetzt zum Vergleiche herangezogenen Tabelle.

Redner glaubt, daß Kopfmaßen überhaupt nur eine relative Bedeutung zukommen könne, da dieselben ja nur Ausdruck der Gesamtgröße des Kindes sind. Ein besonders kräftiges Kind könne die Durchschnittszahlen für sein Lebensalter bedeutend in die Höhe schnellen; so sah Redner bei viermonatlichen, nichtrachitischen Säuglingen Differenzen zwischen 36 und 40 cm und andererseits könne ein beginnender Hydrocephalus lueticus die Durchschnittsmaße in der Reihe der Syphilitischen bedeutend erhöhen. Redner möchte daher den aufgestellten Unterschieden zwischen den Kopfumfängen normaler und hereditär-syphilitischer Kinder eine Bedeutung nicht zuweisen.

Aber auch logisch muß gegen die angeführten Tabellen der Kopfumfänge ein Einwand erhoben werden; denn es geht nicht an, auf der normalen Seite ausschließlich Säuglinge ohne jede Rachitis aufzunehmen, auf der luetischen alle Kinder zu messen, nachdem uns Hochsinger gerade bewiesen hat, daß die überwiegende Mehrzahl dieser syphilitischen Kinder gerade in dieser Altersperiode an ausgesprochener Rachitis leidet. Selbst wenn man mit Hochsinger annimmt, daß die Rachitis nicht im ersten Lebenshalbjahre, sondern erst später zu Vergrößerungen des Schädels führt, so hätten doch zum mindesten bei vergleichenden Tabellen nicht auf der einen Seite vorwiegend rachitische, auf der anderen ausschließlich nichtrachitische Kinder berücksichtigt werden dürfen.

Aber auch die zweite Voraussetzung Hochsingers, die Häufigkeit einer Leptomeningitis sowie die Knochenauflagerungen bei hereditär-luetischen Kindern, erscheint dem Redner nicht haltbar. Hochsinger erschließt diesen Befund aus der angenommenen Vergrößerung des Kopfumfanges bei hereditär-syphilitischen Säuglingen sowie aus der gelegentlich beobachteten Fontanellenspannung derselben. Die erste Annahme glaubt Redner als unbewiesen hingestellt zu haben, aber auch die zweite erscheint nicht stichhaltig, weil Fontanellenspannungen bei ambulanten, oft schreienden Säuglingen diagnostisch überhaupt schwer verwertbar sind, außerdem von Finkelstein selbst bei sicherer Meningitis vermißt wurden. Vor allem läßt sich aber gegen Hochsingers Annahme intrakranieller Veränderungen bei hereditär-luetischen Säuglingen ein unwiderleglicher Einwand erheben — sie existieren de facto nicht. Die Vertreter der pathologischen Anatomie kennen weder Leptomeningitis noch Veränderungen des Schädeldaches als einen häufigen Befund bei hereditär-syphilitischen Säuglingen, und auch Redner hat bei einer großen Anzahl von Sektionen hereditär-luetischer Säuglinge, denen er im hiesigen pathologischen Institute beiwohnte, nichts Derartiges gesehen.

Gegen diese Tatsachen müssen die Hypothesen Hochsingers zurücktreten und wir können daher seine Vermutung häufiger intracerebraler Vorstufen einer sich später eventuell entwickelnden Hydrocephalie nicht akzeptieren.

Das Neue, was uns der Vortrag gebracht hat, hält also einer sachlichen Kritik nicht stand, und wir müssen uns darauf beschränken, nur jene Schlußresultate, welche sich auf ausgesprochen luetische Hydrocephalie beziehen, als interessante Bestätigungen bekannter Tatsachen hinzunehmen.

Prof. Dr. Escherich: Die ätiologische Beziehung gewisser Formen der Hydrocephalie zur hereditären Lues entspricht auch meinen Erfahrungen. Es ist sehr verdienstlich, daß Hochsinger diesen viel zu wenig gewürdigten Zusammenhang an dem großen Material der Kassowitz'schen Poliklinik studiert hat. Die Zahl der auf luetischer Basis entstandenen anatomischen Veränderungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems in der ersten Kindheit hat sich in den letzten Jahren erheblich vermehrt. Allein es scheint doch zweifelhaft, ob wir berechtigt

sind, für die in den ersten Lebensmonaten so häufigen Schädelvergrößerungen spezifisch luetische Veränderungen der Gefäße und Meningen anzunehmen und daraufhin eine antiluetische Behandlung einzuleiten. Auch die Trennung in einen luetischen und einen rachitischen Hydrocephalus sowie der Antagonismus dieser beiden Krankheitsprozesse in bezug auf die Ossifikationsvorgänge an den Schädelknochen scheinen mir durch die klinischer Tatsachen noch nicht genügend erhärtet.

Dr. C. Hochsinger (Schlußwort) hebt gegenüber Zappert hervor, daß bei Säuglingen Schädelmessungen, welche den Zweck haben sollen, Mittelzahlen für den normalen Schädelumfang zu gewinnen, nur dann einen Wert haben, wenn sie bei absolut rachitisfreien Kindern erhoben werden. Die Schädelumfangszahlen der älteren Autoren sind von diesem Standpunkte aus zu bemängeln und, weil nicht genauestens die Köpfe der Rachitiker ausgeschlossen wurden, alle zu groß ausgefallen. Dies gilt auch von den Umfangszahlen Libaržiks. Nur dann, wenn man mit der größten Genauigkeit darauf achtet, ob die zu messenden Kinder keine weichen Stellen am Kopfe, keine weichen Nahtränder und keine Rippenknöpfe haben, kann man normale Maßzahlen gewinnen. Diese sind aber viel kleiner als die Durchschnittsmaße der Köpfe der Syphilitiker. Daß erhöhte Fontanellenspannung, wo sie besteht, einen Maßstab für das Vorhandensein einer intrakraniellen Drucksteigerung abgibt, kann keinem Zweifel unterliegen. Daran ändern auch nichts die Fälle von Finkelstein, welcher vereinzelt auch bei eingesunkener Fontanelle schwere Meningitis gefunden hat. Bei sehr elenden Kindern oder bei sehr dickem intrakraniellem Exsudate, wenn der flüssige Anteil desselben resorbiert ist, kann die Vorwölbung der Fontanelle aubleiben; dies hat aber keinen Bezug auf die Fontanellenspannung der Hydrocephaliker. Was die anatomische Basis der bei hereditärer Lues vorkommenden Hydrocephalien anlangt, habe ich mich mangels eigener Obduktionen auf 15 in der Literatur publizierte Fälle berufen, welche übereinstimmend das Vorliegen von diffusen Entzündungsprozessen und Gefäßerkrankungen an den Meningen, dem Ependym und dem Plexus und teilweise auch in der Hirnsubstanz dargetan haben. Die Symptomatologie der syphilitischen Hydrocephalien habe ich in dem Vortrage nur deswegen nicht genauer erörtert, weil ich darüber in meinem Werke über die hereditäre Lues (II. Teil) mich weitläufig genug auseinandergesetzt habe, und ein Hinweis auf die dort klargelegten Verhältnisse genügen soll. Herrn Prof. Escherich gegenüber bemerkt der Vortr., daß der Unterschied zwischen den einfach syphilitischen großen Köpfen und den syphilitischen Hydrocephalen, welche in den beiden demonstrierten Tabellen auseinandergehalten worden sind, darin besteht, daß bei den ersteren die Nähte nicht dehiszieren, der Kopf dabei aber stark protuberante Tubera hat, so daß die Schädelvergrößerung ausschließlich auf das Konto einer vermehrten Knochenapposition zu setzen ist, während die wirklichen hydrocephalen Syphilitiker dehiszente Nähte, hochgewölbte Fontanellen und einen die normalen Mittelzahlen des Schädelumfanges hydrocephalusfreier Syphilitiker überragenden Kopfumfang darbieten. Die syphilitischen Hydrocephalen der späteren Kindheit hat der Vortr. absichtlich hier nicht in Betracht gezogen.

Der Umstand, daß ausnahmsweise auch ballonförmige Schädelausdehnungen bei der syphilitischen Hydrocephalie des frühen Kindesalters vom Vortr. gesehen wurden, beweist nichts gegen den hemmenden Einfluß, welchen die diffuse syphilitische Hyperostose auf die hydrocephalische Schädelausdehnung ausübt. In den letzterwähnten Fällen handelte es sich immer um bereits intrauterin entstandene hydrocephalische Ergüsse, bei denen es schon so frühzeitig zur Verdünnung der Schuppenknochen und Dehiszenz der Nähte gekommen ist, daß von der Schädelhyperostose im extrauterinen Leben nichts mehr erwartet werden kann.

IV. Therapeutische Notizen.

Erfahrungen mit Thigenol in der Dermatotherapie veröffentlicht Dr. J. Porias (k. k. Universitätsklinik f. Syphilis u. Dermat. in Wien) auf Grund von 30 Beobachtungen, welche zum größten Teil akute und chronische Ekzeme betreffen. Thigenol wurde stets allein angewandt, anfangs als Salbe (10—20%) später 2mal täglich mittels Borstenpinsels aufgetragen in folgender Form:



Rp. Thigenol 70,0,
Spir. vin. gall. 20,0,
Aqu. dest. 10,0,

In dieser Komposition äußern sich die Vorzüge des Thigenols am deutlichsten. Es entsteht nach der Auftragung eine dünne, schützende Decke, die nicht klebt, sich der Haut gut anschmiegt und mit Wasser sehr leicht zu entfernen ist. Entzündliche Erscheinungen verringern sich zusehends nach Anwendung des Thigenols und die juckreizstillende und schmerzlindernde Wirkung des Mittels macht sich sehr bald bemerkbar, wie besonders von den Ekzemkranken angegeben wurde. Schuppen und Krusten werden vorher mit Öl aufgeweicht oder durch gründliches Abreiben mit Seifenspiritus entfernt, dann Thigenol appliziert. Das Waschen einer ekzematösen Stelle schadet kaum jemals, wenn man nur Sorge trägt, das Wasser aus der Haut auch wieder gründlich zu entfernen. Dies geschieht am besten, indem man die ganze Partie mit in Alkohol getauchten Bäuschchen wiederholt abtupft. Am günstigsten wirkte Thigenol bei der Seborrhoe und mit ihr komplizierten Krankheitsbildern; bei alten seborrhoischen Ekzemen wirkte es oft sehr günstig ein. Mehrere Fälle von Acne vulgaris wurden durch Einpinselung mit Thigenol günstig beeinflußt. Bei 2 Fällen von Scabies gelang es ebenfalls auf diese Weise binnen kurzem Heilung zu erzielen, in zwei anderen Fällen versagte Thigenol. Immerhin dürfte sich bei Scabies ein Versuch mit Thigenol an Stelle von Ung. sulfurat. Wilkinsonii empfehlen. Die Geruchlosigkeit des Mittels, die Reinlichkeit der Prozedur sind Vorteile, für die man schon eine eventuelle kleine Verlängerung der Behandlungsdauer in Kauf nehmen kann. Bei einem Falle von hartnäckiger Prurigo bei einem 11jährigen Kinde zeigte sich auf 10%ige Thigenolsalbe entschiedene Besserung. Ein noch nicht lange bestehendes Ekcema marginatum wurde durch 10%ige Salbe in 10 Tagen geheilt. 2 Fälle von akutem Ekzem konnten durch 20%ige Salbe zur Heilung gebracht werden. Bei hartnäckigem Ekzem gelang es zwar oft bedeutende Besserung zu erzielen, doch die Prozesse blieben dann stationär, so daß die weiteren Fortschritte dann erst durch Teerbehandlung erreicht werden konnten. Sonst aber kamen die guten Eigenschaften des Thigenols gerade beim Ekzem in hervorragenden Weise zur Geltung; es wirkte austrocknend, juckreiz- und schmerzstillend, in mäßigem Grade auch entzündungswidrig, so daß man bei Ekzemen geringerer Intensität oder bei stärkerem Hervortreten jener Symptome, die den Patienten besonders belästigen, wie Brennen und Jucken, es nicht ohne Erfolg in Anwendung bringen wird. Die Wirkung des Schwefels auf die pathologisch veränderte Haut, seine Fähigkeit, dieselbe in den normalen Zustand zurückzuführen, ist keine große und wird von der des Teers bedeutend übertroffen. Doch wurde auch in dieser Beziehung bei einzelnen Fällen vom Thigenol sehr günstiges gesehen. Es würde sich zu diesem Zwecke allerdings die Salbenform mehr eignen. Entschieden günstig wirkte Thigenol bei chronischen anämischen bezw. seborrhoischen Ekzemen. Bei Psoriasis erwies es sich nicht als sehr wirksames Mittel. Bei einem Patienten mit entzündeten Hämorrhoidalknoten äußerte es prompt schmerzlindernde und entzündungswidrige Wirkung. Jedenfalls ist Thigenol ein Präparat, welches alle guten Eigenschaften des Schwefels besitzt, ohne besondere Nachteile zu haben, also den üblichen Schwefelpräparaten entschieden vorzuziehen ist.

(Wiener klin. Rundschau. 1904. No, 16.)

Thigenol „Roche“ hat Dr. J. Behrings (Wien) bei den verschiedensten Affektionen mit bestem Erfolge angewandt, auch in der Kinderpraxis. Beispiele: 13jähriges Mädchen mit Gelenkrheumatismus, Einpinselungen mit Thigenolglyzerin (50%), Heilung in 8 Tagen. 9jahriges Kind mit Ekcema madidans et crustosum, gleiche Therapie, Abheilung nach 9 Tagen. 6jähriges Kind mit hartnäckigem Gesichtsekzem, Thigenolsalbe (10%), Heilung nach 8 Tagen. 10jähriges Kind mit Prurigo, Thigenolglyzerin (1:2), schon nach der ersten Einreibung Juckreiz geringer, nach 12 Tagen Heilung. 9jähriges Kind mit Verbrennungen, reines Thigenol, sehr günstige Beeinflussung. 14jähriger Knabe mit Lymphadenitis colli, Thigenolsalbe (20%), prompte Heilung. 2 Kinder mit tiefen Substanzverlusten an den Tonsillen nach Abstoßung von Diphtheriemembranen, Auswischen mit Thigenol. pur., Gargarisma mit Thigenolwasser (5%), rasche Heilung. (Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 18.)

Über Spiritusverbände mit Duralcolbinden, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände, berichtet Dr. Alb. Kaiser (Dresden). Die Salzwedelschen Alkohol-

verbände sind bekanntlich von vorzüglicher Wirkung, doch ihre Applikation für den prakt. Arzt ziemlich umständlich. Die chem. Fabrik Helfenberg hat jetzt gebrauchsfertige Alkoholverbände aus festem Alkohol, jene Binden, hergestellt, deren Benutzung sehr bequem ist. Sie bestehen aus 6 cm breiten Binden, die mit $94\,^0/_0$ igem Alkohol getränkt sind, dem durch Bindung an eine neutrale Seife eine feste Form gegeben ist. Sie werden in fest verschlossenen Blechbüchsen in den Handel gebracht, wo sie sich sehr lange feucht halten. K. hat damit 93 Fälle behandelt, hauptsächlich Furunkel und Panaritien, aber auch Phegmonen, Lymphangitis, Karbunkel, Anginen (z. B. bei Diphtherie und Scharlach), Brandwunden, Mastitis, Pleuritis, Rheumatismen usw. Allenthalben zeigte sich dieselbe günstige Wirkung, wie man sie von den Salzwedelschen Verbänden kennt. An der Stelle, die der Verband decken soll, wird die Haut mit Benzin und Alkohol gereinigt, dann die Binde an der Stelle, dieselbe zentripetal wie zentrifugal handbreit überragend, in 3—4facher Schicht angelegt, darüber eine dünne Watteschicht und dann undurchlochtes Guttaperchapapier appliziert, das Ganze mit einer Mullbinde fixiert; Inzisions- und andere Wunden werden leicht mit Dermatolgaze bedeckt bezw. tamponiert, die Haut durch Lanolin geschützt. Der unbenutzte Teil der Binde wird wieder in die Blechdose gestellt und diese fest mit Heftpflaster verschlossen. Verbandwechsel nach 24 Stunden.

(Therap. Monatshefte. Mai 1904.)

Bornyval, das von der Fabrik J. D. Riedel hergestellte Baldrianpräparat, hat Dr. Engels (Berlin) bei Neurosen verschiedenster Art, auch des Kindesalters, mit bestem Erfolge angewandt und konnte das Medikament auch lange Zeit hindurch verabreichen, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu sehen. Bornyval hat offenbar die spezifische, erheblich verstärkte Baldrianwirkung. Ganz eklatante Erfolge wurden speziell bei traumatischen Neurosen, Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie erzielt. Das Mittel zeigte auch hervorragend appetitanregenden und analytischen Effekt. In einem Falle von Enuresis (3jähriges Kind) wirkte es eklatant (früh und mittags 0,1, abends 0,2), in einem anderen Falle nicht. Bei einem Kinde von $1\,^1/_2$ Jahr mit traumatischem Diabetes insipidus war ebenfalls ein unzweifelhafter Erfolg zu verzeichnen. Kinder bringt man freilich Bornyval etwas schwer bei: Tropfen riechen etwas stark und die Kapseln (Originaldose mit 25 Stück à 0,25 = Mk. 1,50) werden meist nicht geschluckt. (Therap. Monatshefte. Mai 1904.)

Dionin empfiehlt Dr. A. Rahn (Collm) als sedatives Mittel in der Kinderpraxis, bei trockenem Hustenreiz (z. B. bei Masern) und bei keuchhustenartigen Hustenparaxysmen, namentlich bei Kindern über 2 Jahren. Die Pat. bekamen 5—6mal täglich (am besten in etwas Lindenblütentee oder Zitronenwasser) soviel Milligramm, als sie Jahre zählten. Das Präparat übte so eine nachhaltige sedative Wirkung aus und wurde gut vertragen. (Ibidem).

Ein verbessertes Tonsillotom hat Dr. F. Rosenfeld (Berlin) konstruiert. Dasselbe vermeidet die beiden Übelstände der bisherigen Tonsillotome, die man erstens nicht gründlich genügend desinfizieren konnte, und zweitens, die man nach Entfernung der einen Tonsille aus der Hand legen und umdrehen mußte. Es ist zweischneidig, auf beiden Seiten gedeckt, so daß man nach Entfernung der ersten Tonsille, ohne die Lage des Spatels im Munde und ohne die Stellung des Tonsillotoms zu wechseln, sofort auch die andere Tonsille entfernen kann. Es läßt sich durch Öffnen der einen Deckung und Abheben derselben, durch das vollständige Fehlen jeder Vertiefung gründlichst reinigen, ein etwaiges Aufklappen der Deckung ist ausgeschlossen, der Daumengriff ist drehbar, um dem Instrumente unabhängig jede Stellung geben zu können. Zu haben im Medizin. Warenhause in Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 19.)

Alpha-Kakes, als Eiweißkraftnahrung für Kinder, hergestellt von E. Benkendorff Nachf. (Radebeul) enthalten über $13\,^0/_0$ Eiweiß. Privatdoz. Dr. H. Neumann (Berlin) macht auf diese billigen Kakes aufmerksam, die auch von kleineren Kindern gern zu 6—8 Stück und mehr pro Tag verzehrt werden. (Ibidem.)

Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Methylatropin. bromat. berichtet Dr. G. Bolgar (Wien) über seine Erfahrungen. Bei dem Mittel wird die Atropinwirkung gemildert durch das Sedativum Brom, sie ist von kurzer Dauer und nicht begleitet oder gefolgt von unangenehmen Nebenerscheinungen. Das Mittel wurde bisher vor allem in der Augenheilkunde mit bestem Erfolge benutzt. Eine $^1/_4$- bis

1 %ige Lösung erzeugt eine rasch eintretende und kurz anhaltende Mydriasis ohne unangenehme Nebenwirkungen. Nach 4—8 Stunden verschwindet die Pupillendilatation. Gleichzeitig wirkt es prompt anästhesierend und beeinflußt die Akkommodation nur in ganz geringem Grade. B. zeigt in einigen Beispielen die Wirksamkeit des Mittels: 9jähriger Knabe steht seit 10 Tagen in Behandlung wegen Keratitis parenchymatosa auf beiden Augen. Energische Atropinbehandlung, auf die jedoch Trockenheit, Schluckbeschwerden usw. eintreten. Nun wird das Atropin ersetzt durch eine Lösung von Methylatropin. brom. (1 %), worauf die Intoxikationserscheinungen ausblieben. Diese Therapie wurde durch 6 Wochen ohne jede Beschwerde von seiten des Pat. fortgesetzt, der außerdem Sublimatpillen (0,001 3mal täglich 2 Pillen), Umschläge mit feuchter Wärme, Schutzgläser bekam. Heilung ohne Komplikationen. Oder: 4jähriger Knabe, skrofulös, seit Wochen mit Conjunctivitis eczematosa behaftet. Blepharospasmus und Lichtscheu in hohem Grade. Durch mehrmalige Instillation von Methylatropin. brom. des Morgens wird nach kurzer Zeit erreicht, daß das Kind die Augen öffnet. Nun wird energisch versucht, das Kind ans Tageslicht zu gewöhnen, während die Instillationen fortgesetzt werden. Unter gleichzeitiger Behandlung und Touschieren des Lidrandes mit Argent. nitr. und Deckung der Schorfe mit 1 %iger weißer Präzipitatsalbe bald Heilung. Auch bei Entfernung von Fremdkörpern bewährte sich das Präparat immer. Ferner wurde dasselbe intern oder subkutan überall da angewandt, wo früher Atropin ordiniert wurde, also als schmerzlinderndes, sekretionshemmendes usw. Mittel, und es zeigte sich auch hier recht wirksam, ohne lästige Nebenerscheinungen hervorzurufen. Es wurde benutzt z. B. bei Zahn- und Kopfschmerz, Gallensteinkolik, Peritonitis, Perityphlitis, ferner bei Stomatitis, Parotitis mit lästiger Salivation, bei Hyperidrosis, Pruritus u. dergl. Endlich bewährte es sich bei Bronchialasthma und bei Pertussis, wo z. B. 5jährige Kinder sofort bedeutend gebessert waren, als sie erhielten:

Rp. Antipyrin 1,0
Methylatropin. brom. 0,004
Aq. dest. 100,0
Syr. simpl. 20,0
S. 5 Kaffeelöffel täglich.

(Ärztl. Zentral-Ztg. 1904. No. 14 u. 15.)

Salit, einen neuen Salicylsäureester für Inkorporierung durch die Haut, hergestellt von der Fabrik v. Heyden, empfiehlt Dr. Paul Müller (Dresden). Salit, der Salicylsäureester des Borneols (der dem gewöhnlichen Kampfer entsprechenden Alkoholart) ist eine in Alkohol, Äther und Ölen leicht lösliche ölige Flüssigkeit, die im Körper in Salicylsäure und Borneol gespalten wird. Sie wird zu gleichen Teilen mit Ol. Olivar. gemischt und von diesem Gemisch 2mal täglich ½—1 Teelöffel auf die Haut der erkrankten Körperteile aufgepinselt (Bedeckung mit Billrothbattist) oder eingerieben (Bedeckung mit Watte); die Einreibung schien prompter zu wirken. M. behandelte 36 Pat. so, Prof. Schmidt (Dresden, Friedrichstädter Krankenhaus) 16. Das Ergebnis ist als günstig zu bezeichnen. Es war am besten bei Muskelrheumatismen, leichten akuten Gelenkrheumatismen, akuten (rheumatischen) Pleuritiden und Sehnenscheidenentzündungen, sowie bei akuten Neuralgien. Bei schweren akuten Gelenkrheumatismen, bei welchen andere Mittel versagt, trat nach Salit manchmal noch Besserung ein, bei chronischen Rheumatismen, Neuralgien und Pleuritiden wenigstens Schmerzlinderung. Bei Gicht und Erysipel versagte Salit. Bei einigen Fällen entwickelte sich ein leichtes, stark juckendes Ekzem, das unter Puderbehandlung rasch abheilte, bei einer Pat. mit sehr empfindlicher Haut verbreitete es sich fast über den ganzen Körper und verschwand erst nach längerer Zeit. So starke Exantheme, wie nach Mesotan, kamen nicht vor. Der Geruch des Salits ist schwächer, als der des Mesotans. Die Fabrik bringt auch die Mischung mit Ol. olivar. als „Salitum solutum“ in den Handel, und dürften die Originalpackungen davon (25—50—100 g) die billigste Ordination darstellen. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 15.)

Klinische Erfahrungen mit Protylin und dessen Eisen- und Bromkombinationen veröffentlicht Dr. v. Bilgerajski (k. k. Wilhelminenspital Wien). Derselbe hat mit diesem fast geruch- und geschmacklosen Phosphoreisenpräparat bei 30 Fällen Versuche angestellt, die sehr befriedigend ausfielen. Das Präparat bewährte sich bestens in der Rekonvaleszenz nach schweren Krankheiten, bei heruntergekommenen,

anämischen Erwachsenen und Kindern, bei Nervösen, bei skrofulösen und rachitischen Kindern. Zum Teil wurde es allein ordiniert (Kinder von 1—5 Jahren erhielten 1—2 Kaffeelöffel pro die, ältere 2—3), fertigen Speisen, wie Suppen, Gemüsen, Breien usw. nachträglich beigerührt, zum Teil abwechselnd mit Eisen- bezw. Bromprotylin, welche Präparate sich in entsprechenden Fällen (Anämie, Chorea u. dergl.) ebenfalls als recht brauchbar erwiesen.

(Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 11 u. 12.)

Die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung mit 10 %igem Karbolglyzerin empfiehlt Prof. Dr. Arth. Hartmann (Berlin) aufs neue und weist die Einwände zurück, daß Karbolglyzerin das Trommelfellbild oft verwischt und ätzend wirken kann. Beides ist absolut nicht der Fall, wohl aber werden bei der akuten Mittelohrentzündung die Schmerzen in recht vielen Fällen sofort nach der Einträufelung abgeschnitten und damit nicht selten auch der Krankheitsprozeß. Man findet z. B. ein Kind in teilnahmslosem Zustand, wimmernd im Bett liegen, es wird berichtet, daß dasselbe zuvor über Ohrschmerz geklagt hat, bei der Untersuchung besteht starke Rötung des Trommelfells; wird nun eine Einträufelung von Karbolglyzerin gemacht, so kann man nicht selten sehen, daß das Kind nach wenigen Minuten frisch und gesund das Bett verläßt und seinem Spiel wieder nachgeht, ohne daß wieder Entzündungserscheinungen eintreten. Bei Kindern sollte in allen Fällen Karbolglyzerin in Anwendung kommen, es sollte das Mittel der Hausapotheke der Kinderstube einverleibt werden; da es auch vom gesunden Ohr ertragen wird, kann kein Schaden verursacht werden. Bei schweren Entzündungen, insbesondere wenn starke akute Nasenrachenkatarrhe oder infektiöse Mandelentzündungen bestehen, bringt das Mittel nur vorübergehend Linderung, und soll die Parazentese nicht verschoben werden. Da das Mittel die anästhesierende Wirkung hauptsächlich auf das Trommelfell ausübt, so wird die Paranzentese durch dasselbe zu einer schmerzlosen gemacht.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 17.)

V. Neue Bücher.

R. Wehmer. **Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene.** Leipzig u. Wien, Verlag von A. Pichlers Wtw. u. Sohn, 2. Abteilung. Preis: Mk. 15.

Wir haben die erste Abteilung dieses hervorragenden Werkes eingehender besprochen und freuen uns, daß derselben der zweite Teil so prompt gefolgt ist. Auch dieser verdient das höchste Lob. Von den in diesem Teil enthaltenen Einzelarbeiten heben wir hervor: „Nordamerika“, „Norwegen“, „Preußen“, „Schweiz“, „Türkei“, sowie „Schulgebäude“, „Stundenplan“, „Überbürdung“, „Schularzt“, „Spiel“, „Sport“, „Turnen“. Sehr zahlreiche instruktive Abbildungen finden wir auch in diesem Buche, dessen Ausgang ein ausführliches Sachregister bildet. Wir können nur wiederholt sagen, das Wehmer seine Aufgabe glänzend gelöst und im Verein mit seinen illustren Mitarbeitern uns ein Werk geschenkt hat, das den bedeutendsten Fachwerken der neueren Zeit sich würdig anreiht und unschätzbare Dienste leisten wird. Grätzer.

F. Blochmann. **Ist die Schutzpockenimpfung mit allen notwendigen Kautelen umgeben?** Verlag von Fr. Pietzcker in Tübingen. Preis: Mk. 2,40.

B. ist nicht Mediziner, er ist Professor der Zoologie. Wenn er trotzdem die Schutzpockenimpfung zum Gegenstande einer Abhandlung machte, so geschah es deshalb, weil ein schwerer Unglücksfall, der in seiner Familie durch Übertragung von Vakzine auf ein ungeimpftes Kind vorkam, ihn veranlaßte, dieser Frage näher zu treten: Sein älteres Kind wurde geimpft, sein jüngstes, mit einem Ekzem behaftetes, akquirierte die Vakzineinfektion, die sich im Gesicht in intensivster Weise geltend machte und zum Verlust eines Auges führte. Seine Untersuchungen bewiesen ihm, daß solche Unfälle deshalb sich ereignen, weil die Impfung nicht mit allen nötigen und erreichbaren Sicherheitsmaßregeln umgeben ist. B. zeigt in seinem Buche:

1. Daß die bestehenden Vorschriften für die Behandlung Geimpfter nicht ausreichend sind.

2. Daß eine sehr große Zahl der prakt. Ärzte eine eingehende Kenntnis der durch die Impfung drohenden Gefahren nicht haben kann, weil die gebräuchlichen

Kompendien über Impfung und Impftechnik, aber auch die Lehrbücher der Kinderheilkunde u. a. das Kapitel „Vakzineerkrankungen“ fast ausnahmslos viel zu oberflächlich behandeln.

3. Daß weder die maßgebenden Behörden, noch die populär-medizinische Literatur für die dringend nötige Aufklärung des Publikums über die durch die Vakzine selbst drohenden Gefahren in genügender Weise gesorgt haben.

B. ist trotz der leicht erklärlichen Erregung in seinen Ausführungen objektiv und maßvoll, er ist trotz seiner tristen Erfahrung kein Impfgegner geworden. Sein Buch sollte von allen prakt. Ärzten gelesen werden; es ist um so wertvoller, weil es am Schlusse eine genaue „Allgemeine und kasuistische Literatur über generalisierte Vakzine, Autoinfektion durch Vakzine und Vakzineübertragung von „Mensch zu Mensch“, sowie eine tabellarische „Übersicht über die Erkrankungsfälle durch Vakzineübertragung von Mensch auf Mensch in den Jahren 1880 bis 1903“ bringt. Grätzer.

K. Thiemich. **Über die Entscheidung der Stillfähigkeit und die teilweise Muttermilchernährung.** Verlag von Preuss & Jünger, Breslau.

Den Inhalt des 16 Seiten füllenden kleinen Büchleins bildet ein Vortrag, den Th. vor Hebammen hielt. Das Buch ist zunächst bestimmt, den Hebammen, die ja so oft zunächst gefragt werden, Belehrung über das wichtige Thema zu geben, es sollte auch jeder Mutter warm empfohlen werden, da der Verf. kurz und klar alles wichtige bespricht und beherzigenswerte Winke gibt. Die Hauptpunkte seiner Ausführungen faßt er zum Schluß wie folgt zusammen: „Niemals soll auf das Stillen durch die Mutter verzichtet werden, weil der Erfolg unsicher und mutmaßlich von kurzer Dauer ist. Auch kurz dauernde Brusternährung, ja fast jeder Tag, den sie durchgeführt wird, ist für den Neugeborenen Gewinn, weil dadurch die nachfolgende künstliche Ernährung sehr wesentlich erleichtert wird. Reicht die Milchmenge zum Gedeihen des Kindes nicht aus, so ist die teilweise Muttermilchernährung der ausschließlich künstlichen Ernährung für die ersten Lebenswochen bei weitem vorzuziehen. Als Beikost soll nur verdünnte und mit Milchzucker versüßte frische Kuh- oder Ziegenmilch verwendet werden, während alle fabrikmäßig hergestellten Präparate zu vermeiden sind.“

Grätzer.

Fr. Hamburger. **Arteigenheit und Assimilation.** Verlag von Fr. Deuticke, Leipzig u. Wien. Preis: Mk. 1,50.

H. betrachtet die Tatsachen, die auf dem Gebiete der Immunitätsforschung in den letzten Jahren bekannt geworden sind, von allgemeinen Gesichtspunkten aus und zieht aus den bisherigen Ergebnissen der Immunitätsforschung einfache, ungezwungene Schlüsse. Er gibt uns ein Referat über unsere Kenntnisse auf dem Gebiete der „biologischen“ Forschung nebst neuen daraus gewonnenen Anschauungen, dabei neue Ansichten über das Wesen der Assimilation entwickelnd und von diesem aus die Fragen der Ernährung und Vererbung betrachtend. Seine interessanten Ausführungen sind wert gelesen zu werden, sie dürften mannigfache neue Anregungen geben.

Im gleichen Verlage sind noch zwei andere Bücher erschienen:

Über Therapie und Heilerfolge bei Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose der Kinder. In diesem Buche (Preis: Mk. 1,80) stützt sich W. Spitzmüller, dirigierender Arzt des Kaiserin Elisabeth-Kinderspitals in Bad Hall, auf ein sehr reiches Material, präzisiert seinen Standpunkt in manchen noch strittigen Fragen, legt aber das Hauptgewicht auf die Therapie. Das Werkchen ist für den Praktiker geschrieben und wird demselben recht willkommen sein.

Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger 1457—1476 (Preis: Mk. 2) von L. Unger wird den Freunden medizinischer Geschichtsforschung Freude bereiten und sollte auch von Pädiatern gelesen werden, da es auch für die moderne Pädiatrie manches Interessante bietet. Metlinger war ein schlichter deutscher Arzt, der das erste in deutscher Sprache gedruckte Werk über Kinderkrankheiten verfaßt hat. U. gibt den Inhalt dieser kleinen Schrift in ziemlich wortgetreuer Übertragung des altdeutschen Textes wieder unter Erhaltung des Charakters in Stil und Ausdruck, er fügt Erläuterungen in Klammern und Fußnoten hinzu. Grätzer.



VI. Monats-Chronik.

Berlin. Die **Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** hielt am 3. Mai ihre erste Sitzung ab. Über die Ziele der Gesellschaft sprachen Prof. Heubner und Prof. Ostertag; über das bisher in der Milchfrage Erreichte referierte Dr. C. S. Engel. Es handelt sich zunächst darum, für die ca. 20000 Säuglinge Berlins, die weder die Mutterbrust erhalten, noch mit Sanitätsmilch ernährt werden, hygienisch einwandsfreie Kuhmilch zu beschaffen. Zu diesem Ende hat die Gesellschaft bisher folgende Maßnahmen getroffen: Da die Milch um so weniger giftig ist, je frischer sie ist, wurde bereits im vorigen Jahre mit Kuhstallbesitzern in Verbindung getreten, die in der ersten Zeit von Ärzten kontrolliert wurden. Des weiteren haben 46 zum Teil städtische Tierärzte ihre dauernde Mitwirkung bei der Kontrolle der Kuhställe zugesagt. Das städtische statistische Amt hat sich bereit erklärt, der Gesellschaft regelmäßig die Adressen der Neugeborenen mitzuteilen, so daß der Verein belehrend und helfend mit den Müttern in Verbindung treten kann. Um auch die Landmilch in möglichst wenig verändertem Zustande nach Berlin zu bekommen, hat sich die Gesellschaft mit dem Leiter der Eisenbahnverwaltung in Verbindung gesetzt, damit dieser die Milchtransportwagen möglichst noch in diesem Jahre zu Kühlwagen einrichten lassen möge. Es ist begründete Aussicht vorhanden, daß diesem Gesuch willfahrt werden wird.

— Im Bürgersaale des Rathauses sprach am 7. Mai Prof. Dr. Hoffa über die Dringlichkeit der Errichtung eines **Erholungsheims für Kinder mit Tuberkulose der Knochen und Gelenke.** Da es haupsächlich auf reichliche Ernährung in guter Luft ankommt und das Seeklima hierfür durchaus kein unbedingtes Erfordernis ist, so hat sich in Berlin ein Verein zur Errichtung eines Erholungsheims für Kinder mit Gelenk- und Knochentuberkulose gebildet, der in der Nähe Berlins im Walde ein solches Erholungsheim begründen will. Um diese Absicht zu verwirklichen, bedarf der Verein auf das dringendste der Unterstützung aller Kreise. Zu diesem Zwecke ist er jetzt an die Öffentlichkeit getreten, nachdem schon in aller Stille Beiträge gesammelt worden sind.

— **Zur Milchhygiene.** Ende vorigen Jahres fand im Kultusministerium eine Beratung über die Mittel und Wege statt, welche geeignet sind, unsere Großstädte mit einwandfreier Milch zu versorgen. Das Ergebnis dieser vorläufigen Beratung war die Begründung eines Komitees, welches die Frage der Versorgung unserer Großstädte mit bakterienarmer, schmutzfreier und möglichst wohlfeiler Säuglingsmilch weiter verfolgen will. Die kürzlich gegründete Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit will in enger Fühlung mit dem Komitee die Versorgung der Säuglinge Berlins mit guter Milch betreiben.

Duisburg. Die Stadtverordneten haben die Anstellung von **zehn Schulärzten** beschlossen.

Erfurt. Für das Gebiet des Regierungsbezirks Erfurt ist ein Untersuchungsamt für **ansteckende Krankheiten** in Verbindung mit dem hygienischen Institut der Universität Halle errichtet worden.

Der diesjährige Fortbildungskursus für praktische Ärzte an der Universität Greifswald findet in der Zeit vom 20. Juli bis 2. August statt. Das Programm wird später ausführlich veröffentlicht werden. Anfragen sind an Herrn Prof. A. Martin, Greifswald, Frauenklinik zu richten.

VII. Personalien.

Dr. P. Moser in Wien für Pädiatrie habilitiert. — **Dr. Ida Szendeff,** bisher Assistenzärztin im Budapester Ladislaus-Kinderspital, zum Sekundärarzt im staatl. Kinderasyl in Klausenburg ernannt. — Privatdozent für Pädiatrie **Dr. J. V. Wichmann** in Kopenhagen zum Professor ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. August 1904. No. 8.

I. Referate.

A. Hoffa, Die Behandlung der Gelenkstuberkulose im kindlichen Lebensalter. (Würzburger Abhandlungen. Bd. 3. Heft 12.) H. präzisiert den Standpunkt, welchen man der kindlichen Gelenktuberkulose gegenüber heutzutage festzuhalten hat, und faßt die Ergebnisse seiner Arbeit folgendermaßen zusammen:

1. Die Behandlung der Gelenktuberkulose im Kindesalter soll prinzipiell eine konservative sein; es gelingt mittels konservativer Behandlung etwa $^3/_4$ aller Gelenktuberkulosen im kindlichen Lebensalter zur Ausheilung zu bringen.

2. Die Heilung kann in einer Reihe von Fällen bei zweckentsprechender Behandlung, namentlich bei frühzeitigem Beginne derselben und bei milder Form der Erkrankung (Tumor albus) mit völlig beweglichem Gelenk und mit völliger Erhaltung der Funktion desselben erfolgen. Meistens erfolgt aber die Ausheilung mit Ausbildung einer Gelenkversteifung durch schrumpfende Bindegewebsbildung, eventuell nach Abkapselung von Sequestern durch derbe Schwarten.

3. Ist wegen der Schwere der Erkrankung, namentlich bei vorhandener Eiterung, eine Ausheilung mit beweglichem Gelenk nicht zu erwarten, so hat die Behandlung von vornherein die Ausheilung in einer für die Funktion des betreffenden Gelenkes günstige Ankylose zu erstreben.

4. Die Entstehung reeller Verkürzungen der Extremitäten ist selbst bei der besten Behandlungsweise nicht zu vermeiden, wenn die tuberkulöse Erkrankung zur Destruktion der Gelenkenden geführt hatte, dagegen ist die Ausheilung der Gelenktuberkulose in stärkerer Kontrakturstellung des Gelenkes stets die Folge einer ungeeigneten Behandlung, namentlich einer mangelhaften oder nicht lange genug fortgesetzten Fixation des Gelenkes.

5. Die vollständige Ausheilung einer Gelenktuberkulose auf konservativem Wege erfordert längere Zeit. Im allgemeinen müssen die Pat. 2—3 Jahre unter ärztlicher Aufsicht bleiben.

6. Die Behandlung selbst hat zunächst Rücksicht zu nehmen auf die Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes. Wenn es irgend möglich ist, sollen die Kinder an die See geschickt werden, und zwar nicht nur auf einige Wochen, sondern möglichst das ganze Jahr. Als Ersatz der Seeluft ist auch der Aufenthalt in Binnenhospizen zu empfehlen, die nach Analogie der Lungenheilstätten von den Kommunen für die mit Knochen- und Gelenktuberkulose behafteten Kinder in schöner waldreicher Gegend errichtet werden sollten.

7. Als vorzügliches Unterstützungsmittel zur Ausheilung der Erkrankung ist bei tuberkulösen Kindern die Einreibung des Körpers mit Sapo kalinus Duvernoy zum empfehlen. Von Medikamenten kommen namentlich Lebertran, Arsen und Jodkali in Betracht.

8. Die beste lokale Behandlung der Gelenktuberkulose besteht in einer Kombination der Immobilisation, der permanenten Extension und der Entlastung des betreffenden Gelenkes mit der Jodoformbehandlung, indem bis zu 10 ccm einer 10 % igen Jodoformglyzerinemulsion parenchymatös in das erkrankte Gelenk hinein oder in den begleitenden Abszeß hinein injiziert werden.

9. Im floriden Stadium der Gelenktuberkulose, d. h. so lange noch Schmerzen bestehen, ist die Behandlung bei ruhiger Lage der Pat. durchzuführen.

10. Bestehen keine Schmerzen mehr, so ist die ambulante Behandlung der Gelenktuberkulose angezeigt, weil sie den Pat. die freie Bewegung in frischer Luft gestattet.

11. Die ambulante Behandlung kann entweder mittels eines zweckmäßig angelegten Gipsverbandes geschehen, viel besser läßt sie sich jedoch mittels entsprechend konstruierter portativer Apparate durchführen.

12. Vor Anlegung der immobilisierenden, extendierenden und entlastenden Verbände müssen die bereits vorhandenen Kontrakturstellungen der Gelenke ausgeglichen werden.

13. Die Ausgleichung falscher Stellungen der Gelenke geschieht entweder allmählich unter Zuhilfenahme des Extensionsverbandes oder durch besondere Vorrichtungen an den portativen Apparaten oder aber schneller in Narkose. Niemals aber soll dann ein brüskes Verfahren befolgt, die Kontraktur vielmehr in schweren Fällen lieber in Etappen beseitigt und das jeweils gewonnene Resultat im Gipsverband fixiert werden.

14. Das Vorhandensein einer Eiterung gibt an sich noch keine Indikation zu einem sofortigen operativen Eingriffe ab, ebensowenig bietet sie eine absolute Gegenanzeige gegen die Durchführung der ambulanten Behandlung.

15. Die vorhandenen Abszesse werden mit Punktion und nachfolgender Jodoforminjektion (10 % Jodoformglyzerinemulsion) behandelt. Diese Injektionen werden alle 2—3 Wochen wiederholt. Die neue Injektion soll nicht eher vorgenommen werden, bis sämtliche von der vorhergehenden Injektion bedingten Störungen (Temperatursteigerungen, Schmerzen) völlig geschwunden sind. Die Zahl der Injektionen richtet sich nach der Schwere des Falles. Die Injektionen werden so lange fortgesetzt, bis die Probepunktion die vollständige Ausheilung des Abszesses ergibt.

16. Die Inzision kalter Abszesse ist im allgemeinen zu verwerfen, wegen der Gefahr der Fistelbildung und der damit in Verbindung stehenden Gefahr der septischen Infektion. Die breite Eröffnung der Abszesse soll vielmehr nur unter ganz bestimmten Bedingungen vorgenommen werden und zwar dann, wenn der Abszeß trotz mehrmaliger Punktion und Jodoforminjektion immer noch hohes Fieber und starke Schmerzen verursacht, wenn er durch die Haut durchzubrechen droht,



und schließlich, wenn man annehmen kann, daß der ursprüngliche Krankheitsherd geheilt ist.

17. Die konservative Behandlung kann auch beim Bestehen aseptischer Fisteln durchgeführt werden, da sich die Fisteln bei passender Behandlung von selbst zu schließen vermögen.

18. Als ein gutes Heilmittel für gewisse Formen der Gelenktuberkulose ist die Stauungshyperämie nach Bier zu bezeichnen.

19. Bleiben nach Ausheilung der Gelenktuberkulose Kontrakturstellungen der Gelenke zurück, so können diese durch orthopädischmechanische Maßnahmen oder durch orthopädische Operationen (Osteotomien, orthopädische Resektionen) beseitigt werden.

20. Heilt trotz exakt durchgeführter konservativer Behandlung die Gelenktuberkulose nicht aus, bilden sich immer wieder neue Abszesse oder ist eine das Leben direkt bedrohende Eiterung oder sind jauchige Fisteln vorhanden oder handelt es sich von vornherein um eine mit großer Sequesterbildung, mit raschem käsigen Zerfall der tuberkulösen Granulationsmassen und starker Eiterung einhergehende Gelenktuberkulose, so ist die konservative Behandlung zu verlassen und durch die operative Behandlung zu ersetzen.

21. Die operative Behandlung der kindlichen Gelenktuberkulose soll auch eine möglichst konservative sein, insofern typische Resektionen möglichst vermieden, an ihrer Stelle vielmehr atypische Resektionen oder Arthrektomien ausgeführt werden sollen. Vor allen Dingen sollen die Epiphysenlinien stets möglichst geschont werden.

22. Die Prognose der Resektionen ist bei aseptischer Wundbehandlungsmethode eine sehr viel bessere geworden als in der vorantiseptischen Zeit.

23. Die Mortalität der Resektionen ist bei aseptischer Operation in Anbetracht der Tatsache, daß nur schwere Fälle der Resektion anheimfallen, eine entschieden bessere als die der konservativen Behandlung. Die funktionellen Endresultate sind dagegen nach konservativer Behandlung der Gelenktuberkulose ungleich viel bessere als nach operativer Behandlung derselben.

24. Nach Resektion eines tuberkulösen Gelenkes ist im allgemeinen kein bewegliches Gelenk, sondern eine Ankylose in guter Stellung des Gelenkes zu erstreben.

25. Nach Resektionen, sowie nach Arthrektomien tuberkulöser Kniegelenke ist zur Vermeidung der Entwicklung von Kontrakturstellungen der Gelenke eine längere Zeit durchgeführte Nachbehandlung mittels Gipsverbänden oder portativen Apparaten notwendig.

26. Die Amputation kommt bei der Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter nur in Frage bei hochgradigster Zerstörung des ganzen Gelenkes, sowie bei gleichzeitig bestehender ausgesprochener tuberkulöser Erkrankung oder amyloider Entartung der inneren Organe.

Grätzer.

W. v. Oettingen, Zur Behandlung des Klumpfußes Neugeborener. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1904. No. 12.) Die Behandlung ist so früh wie möglich einzuleiten. v. Oe. gibt eine Methode an, die in der Bergmannschen Klinik ausgearbeitet wurde, und die

so einfach und technisch ungefährlich ist, daß sie für die Praxis warm empfohlen werden kann.

Der Fuß wird ohne vorherige Tenotomie redressiert, d. h. ganz langsam, nach der Uhr in 4—5 Minuten extrem in normale Stellung gebracht, König nennt es „ganz lappig werden“, so vollständig soll durch Kneten und Drücken der Fuß redressiert sein. Zum Fixieren des Erreichten wird eine lange Binde aus Köperstoff genommen, 4 cm breit, dessen eine haarige Stelle nach außen sieht. Diese Binde wird an der Haut angeklebt mittels folgender sehr klebekräftigen Masse:

Terebinth. venet. 15,0
Colophon. 28,0
Resin. alb. 8,0
Mastic. 12,0
Spirit. (90 %) 180,0
Aether. 20,0
Filtra.

Diese wird auf den redressierten Fuß aufgepinselt, worauf die Binde mit der haarigen Seite in folgender Weise fixiert wird. In pronierender Richtung wird am Mittelfuß beginnend die Binde fest herumgelegt. In wenigen Sekunden haftet sie, wodurch die Handhabe geschaffen ist, den „Fuß in Stellung“ zu bringen. Jetzt werden die Außenseite des Unterschenkels und die vordere Seite des Oberschenkels mit dem Klebestoff bestrichen, und es folgt die Haupttour: indem man stark proniert, wird bei rechtwinklig gebeugtem Knie unter kräftigem Zug die Binde am Unterschenkel außen herauf und nach innen zu über den Oberschenkel fortgeleitet; zugleich wird sie auch hier angeklebt. Jetzt greift man von außen unter dem Oberschenkel durch, leitet die Binde spiralig nach der Innenseite des Fußes, von wo sie wieder unter der Sohle hinweg nach außen und nochmals zum Oberschenkel heraufführt. Der Verband wird nun durch eine Mullbinde befestigt und bleibt 2 Tage liegen, dann wird der Fuß gewaschen, eventuell noch die Stellung korrigiert und der Verband erneuert. Er bleibt jetzt etwa 5 Tage liegen, der dritte schon 2—3 Wochen usw., je nachdem der kleine Pat. sauber zu halten ist. Zur Nachbehandlung wird in ähnlicher Weise eine mit Schnalle versehene Gummibinde angelegt, deren Kraftwirkung beliebig zu dosieren ist. Damit sie nicht abrutscht, wird ein Kanülenband unter der Kniekehle durchgeführt und, nachdem es unter dem Oberschenkel gekreuzt worden, über diesem geknüpft. Das Anlegen lernt die Mutter schnell und wird beim Baden und bei der Pflege des Kindes durch den Verband gar nicht geniert. Grätzer.

David, Beitrag zur Frage der Coxa valga. (Monatsschrift für orthopädische Chirurgie und physik. Heilmethoden. 1904. No. 5.) Während der Coxa vara zahlreiche Publikationen gewidmet wurden, ist die Coxa valga, die Vergrößerung des Schenkelhalswinkels, bisher wenig beobachtet worden, und zwar nur als Folgezustand von Lähmung des Beines, von Fractura colli femoris usw.

D. beschreibt einen von ihm beobachteten Fall doppelseitiger Coxa valga, die aller Wahrscheinlichkeit nach angeboren und sehr hoch-

gradig war. Wie die beigegebenen Röntgenbilder zeigen, bildet der Schenkelhals beinahe die Verlängerung des Schaftes. Die Hüftgelenke standen in Abduktion und Außenrotation, der schwerfällige Gang erinnerte an den Gang bei spastischer Lähmung.

Die Therapie bestand in Anlegung eines Gipsverbandes in Adduktion und Innenrotation. Der Erfolg war zum mindesten in funktioneller Hinsicht ein günstiger zu nennen. Vulpius (Heidelberg).

Aronheim (Gevelsberg), Ein Fall von willkürlicher Verrenkung beider Kniegelenke bei einem 1 Jahr alten Mädchen. (Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. 1904. No. 2.)

Als A. das Kind gelegentlich eines Brechdurchfalles untersuchte, fiel ihm ein lautes, sich fast rhythmisch wiederholendes, offenbar von den unteren Extremitäten ausgehendes, knarrendes Geräusch auf. Die Eltern sagten, das Kind habe diese Anomalie an den Kniegelenken seit Monaten.

Die Untersuchung ergab, daß es sich um eine Subluxation an den Kniegelenken handelte. Diese blieb etwa $^1/_4$ Minute bestehen, renkte sich dann wieder federnd ein. Die Aus- und Einrenkung war immer von jenem Geräusch begleitet. War das Kind verdrießlich, schrie es, so bemerkte man das Phänomen wohl 5 mal kurz hintereinander in der Minute. Nach der spontanen Einrenkung vermochte man in keiner Weise die Verrenkung gewaltsam wieder hervorzubringen. Eine Ermüdung schienen die unaufhörlichen Verrenkungen dem Kinde nicht zu schaffen.

Das Kind stammt von gesunden Eltern (der Vater kann das rechte Daumengrundgelenk willkürlich verrenken), die beiden Schwestern, $6^1/_2$ und $4^1/_2$ Jahre alt, sind gesund. Pat. selbst entwickelte sich von Geburt an normal, blieb gesund, hatte speziell keine Rachitis. Seit mehreren Wochen macht es Gehversuche, bei welchen die Verrenkungen besonders häufig sich zeigen. Bestehen solche nicht, so zeigen die Knie äußerlich nichts Abnormes, auch eine Vergrößerung oder Schlaffheit der Kniegelenkskapseln läßt sich nicht wahrnehmen. Die Röntgendurchleuchtung ergab ebenfalls nichts Pathologisches.

Während bei den übrigen in der Literatur beschriebenen Fällen ein mehr oder minder schweres Trauma der späteren willkürlichen Verrenkung meist vorhergegangen, die Personen auch im reiferen Alter standen, ist in obigem Falle ein Trauma als ätiologischer Faktor in keiner Weise zu beschuldigen und bei der doppelseitigen Verrenkung auch ganz unwahrscheinlich, auch Heredität (trotzdem der Vater allerdings den Daumen luxiert) kaum wahrscheinlich. Es handelt sich also hier um eine wirkliche, willkürliche Verrenkung, die sich nach Fuhr durch beständige Übungen bestimmter Muskelgruppen (eine Kunst, die erlernt werden kann) und nach Riedinger infolge mangelhafter Ausbildung der Hemmungsvorrichtungen sowohl des Knochen- wie des Bänderapparates entwickelt. Daß jedoch auch bei dem Kinde eine kongenitale Disposition besteht, beweist die in letzter Zeit von den Eltern wiederholt beobachtete, willkürliche Luxation des rechten Oberarmes.

Dem Kinde wurde 4 Wochen lang ein das Kniegelenk fixierender Verband angelegt, danach täglich massiert. Infolge dieser Behandlung traten die Luxationen fortan nur noch selten auf. Grätzer.

Lampadaride, Die Brüche des unteren Endes des Humeralknochens bei Kindern. (Inaugural-Dissertation. Bukarest 1903). Diese Brüche bilden eine bedeutende Mehrheit der traumatischen Läsionen des Ellbogens bei Kindern. Meist handelt es sich um Brüche oberhalb der Kondylen oder der äußeren Kondylen. Die

Frakturen der Epitrochlea kommen erst in zweiter Reihe in Betracht, während die anderen sehr selten vorkommen. Es ist dies auf die Verknöcherungsart des unteren Humerusendes zurückzuführen. Als Hauptursache ist das Fallen auf die Handfläche anzusehen, während das Auffallen auf den Ellbogen oder andere Traumen seltener zu den in Rede stehenden Frakturen Veranlassung geben. Eine genaue Diagnose ist oft nur mit Hilfe der Radiographie möglich. Ein Fixierungsverband mit Kartonschienen ist am praktischsten und billigsten.

E. Toff (Braila).

Kennedy, Suture of the brachial plexus in birth paralysis of the upper extremity. (British medical Journal. 1903. S. 298.) K. empfiehlt, alle die Fälle von Geburtslähmung, bei denen nach 2 Monaten sich eine Reaktion auf den faradischen Strom noch nicht wieder zeigt, zu operieren, da hier anderweitig eine Heilung nicht zu erwarten sei. Die Operation besteht in einer Nervennaht, die ausführlicher beschrieben wird. Er selbst hat 3 Fälle operiert, bei denen trotz der kurzen Zeit nach der Operation schon ein günstiges Resultat erzielt war; in dem einen Falle bestand die Lähmung bereits 15 Jahre.

Schreiber (Göttingen).

R. Eller, Ein Fall von Meningocele nach Zangengeburt. (Aus dem patholog. Institut in Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 10.) Der 2jährige Knabe starb an Diphtherie. Er hatte das Bild einer Meningocele spuria traumatica dargeboten, von der bisher nur 5 Fälle bekannt waren.

Betrachtet man im Anschlusse an diese fünf Beobachtungen E.s Fall, so kann man an ihm manche interessanten Besonderheiten finden. Die starke Kopfgeschwulst, mit der der Knabe geboren wurde, verhinderte den Arzt, im ersten Vierteljahre mit Sicherheit eine Schädelfraktur festzustellen. Erst nach dieser Zeit wurde die Diagnose „Meningocele“ sicher. Es bot sich jedoch nicht das Bild eines mehr oder weniger großen fluktuierenden Tumors, sondern in dem Schädeldefekt war eine weiche, nicht deutlich pulsierende Masse durchzufühlen. In der Folge verkleinerte sich die Lücke der Tabula externa allmählich und war bis zum zweiten Lebensjahre vollständig geschlossen, so daß bei weiterem Fortleben des Kindes späterhin schwerlich noch die Diagnose „Meningocele“ hätte gestellt werden können. Es ist dies ein ganz verschiedenes Verhalten von den Beobachtungen Nicoladonis, der ein allmähliches Größerwerden des Defektes beschreibt und dies damit zu erklären sucht, daß das wachsende Gehirn die Knochen allmählich auseinanderdrängt. Letzteres fiel in obigem Falle infolge der Resorption der Gehirnmassen weg, die so schnell vor sich ging, daß in der Wand des Seitenventrikels an der dem Defekt entsprechenden Stelle zwischen Pia und dem den Ventrikel auskleidenden Ependym nur mehr mikroskopisch Hirnsubstanz sich nachweisen ließ. Dieses fast gänzliche Fehlen von Hirnteilen erklärt wohl zur Genüge die bestehende rechtsseitige Hemiplegie, den Strabismus und die Idiotie.

Was die Genese des Falles betrifft, so dürfte diese etwa so zu erklären sein: infolge des Vorspringens der Tabula interna gegen das

Schädelinnere zu haben sich Hirnmassen durch das gleichzeitig entstandene Loch in der inneren Knochenlamelle hindurchgequetscht und sind nun, von dem Haupthirn abgeschnürt, einer allmählichen Nekrose und Resorption anheimgefallen, so daß sich bei der Sektion in dem Bruchsacke fast nur noch Piagewebe nachweisen ließ. So gelangte der Raum zwischen Tabula externa und interna, d. h. der Bruchraum in direkte Verbindung mit dem Seitenventrikel. Die äußere Schädellücke konnte sich schließen, da das wachsende Gehirn die aneinanderheilenden Bruchränder nicht auseinanderdrängte.

Grätzer.

Fr. v. Friedländer, Ein Fall von Cephalohydrocele traumatica. (Aus dem k. k. Wilhelminen-Spital in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1903. No. 48.) Beschreibung eines sehr interessanten Falles mit eingehendem Obduktionsbefund und längeren epikritischen Bemerkungen. Die Entstehung einer Cephalohydrocele traumatica erklärt v. F. in folgender Weise: Durch ein Trauma wird eine Schädelfraktur mit Einreißen der Dura und Ablösung des Periosts vom Knochen erzeugt. Der ausfließende Liquor cerebrospinalis erhält die Abhebung des Periosts vom Knochen, welcher, durch die gleichzeitige Verletzung der Dura in seiner Ernährung gestört, der Resorption, vornehmlich an seiner Außenseite anheimfällt. Der dauernde Ausfluß des Liquor wird durch Interposition eines Duralappens oder durch primäres Klaffen der Fraktur ermöglicht. Der ursprünglich aus dem Periost allein bestehende Zystensack verdichtet sich durch Bindegewebsneubildung an seiner Innenfläche, welche Bildung wohl meist unter leichten Entzündungserscheinungen abläuft, für deren Bestehen nach Henoch der relativ hohe Eiweißgehalt des im Sacke befindlichen Liquors spricht. Grätzer.

N. Barbulescu, Einige Worte über die angeborene Meningo-Encephalocele und deren Behandlung. (Inaugural-Dissert. Bukarest 1903.) Der gewöhnliche Sitz dieser Mißbildung ist die Hinterhauptsgegend, seltener die Stirne, der äußere oder innere Augenwinkel, die Nasengänge oder die Mundhöhle. Rachitis, Alkoholismus, hereditäre Einflüsse, psychische oder moralische Störungen in den ersten Schwangerschaftswochen, können zur Bildung der in Rede stehenden Veränderungen Veranlassung geben. Die Struktur der nervösen Substanz, welche die Encephalocele bildet, unterscheidet sich von dem normalen Gewebe des Zentralnervensystems, mit welchem dieselben in Verbindung sind, so daß man sie als wahre Neoplasmen betrachten muß, analog den von Förster und Virchow beschriebenen medullaren Neuromen. Die Bildung derselben geht jener der knöchernen Schädelwandung voran, da dieselben ihren Ursprung in den ersten Tagen des embryonalen Lebens haben; an gewissen Stellen werden die protovertebralen Lamellen des Kopfes an ihrer Vereinigung gehindert und es kommt auf diese Weise zur Bildung einer Meningo-Encephalocele. Gewöhnlich findet man gleichzeitig auch andere angeborene Fehler, wie Hasenscharte, Wolfsrachen, krumme Beine, Hernien, kongenitale Amputationen, Syndaktilie, Polydaktilie, Ektopie des Herzens. Eine sich selbst überlassene Encephalocele wächst un-

aufhaltsam und bewirkt schwere Störungen im Organismus, die physische und intelektuelle Entwicklung bleibt zurück, es tritt Erbrechen auf, später Konvulsionen und der Tod. In seltenen Fällen kann Spontanheilung eintreten (Spring). Bezüglich der Behandlung ist die Exzision der Geschwulst und Schließung des Schädeldefektes durch Autoplastik als der ideale Vorgang anzusehen. E. Toff (Braila).

Ssamoylenko (Heidelberg), Über Cephalocele naso-frontalis. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 40. Heft 3.) Nach einer Auseinandersetzung über die Verschiedenartigkeit der Einteilung der Hirnbrüche, wie sie von den verschiedenen Autoren vorgeschlagen wurde, bringt S. die Krankengeschichten seiner beiden Fälle (zweier Brüder). Es handelte sich bei beiden um eine Cephalocele am Zusammenstoß des Stirnbeins und der Nasenbeine. Im ersten Falle wurde operiert, jedoch erfolgte Exitus an Meningitis. Im zweiten Falle wurde die Operation bis zur besseren Kräftigung des Kindes verschoben. Die Notwendigkeit der Operation ist durch die Gefahr einer später sich entwickelnden Hydrocephalie bedingt. Als Operationsmethode kommt in Betracht osteoplastische Deckung der Schädelöffnung, eventuell bei kleiner Kommunikation Verschluß durch Paraffininjektion. Die Hauptgefahr bei operativem Vorgehen bietet das Eintreten von Meningitis. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

H. Friedemann (Leipzig), Cephalhämatom älterer Kinder. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 9.) Wahre Cephalhämatome, d. h. Blutergüsse zwischen Perikranium und Schädelknochen sind bei älteren Kindern recht selten. F. beobachtete einen solchen Fall bei einem 4jährigen Knaben, bei dem sich, wie die Mutter eines Morgens beim Kämmen bemerkte, ohne nachweisbare Ursache eine sehr große, nicht schmerzhafte, fluktuierende Geschwulst auf beiden Scheitelbeinen zeigte, die Blut beherbergte. Es handelte sich um ein Cephalhaemotoma verum beider Scheitelbeine. Merkwürdig war, daß die Bluträume beider Hälften offenbar kommunizierten, so daß man annehmen muß, daß — sei es als angeborner oder durch den Bluterguß erst erzeugter Zustand — zwischen Perikranium und Pfeilnaht (in deren hinterer Hälfte) ein Loch vorhanden war.

Die Ätiologie solcher Fälle ist dunkel. F. kam auf den Gedanken, ob nicht das so beliebte Sichaufdenkopfstellen zusammen mit enger Bekleidung des Kopfes (enge Mütze) einen ähnlichen verletzlichen Zustand der überfüllten Schädelblutgefäße setzen kann, wie der Geburtsakt für die Neugeborenen. Grätzer.

W. H. Good, When to ligate the Cord? (Amercan Medicine. 24. Oktober 1903.) G. gibt sich einige Mühe, dem unwissenden Leser klar zu machen, daß die Pulsationen in der fötalen Nabelschnur nicht von der Mutter, sondern vom Kinde herrühren.

Als Endresultat seiner Betrachtungen hebt er hervor, daß man die Schnur nicht eher unterbinden sollte, als bis der Uterus anfängt sich kräftig zu kontrahieren. Das übliche Zuwarten, bis die Nabelschnur nicht mehr pulsiert, sei sinnlos. Leo Jacobi (New York).

Mor Szalàrdi, Ein geheilter Fall von Tetanus neonatorum. (Gyogyascat. No. 19. 1904.) Der Säugling erhielt 3mal 10 cm³ Serum

antitetanicum sec. Behring und 11 mal 10 g physiologische Kochsalzlösung mit je $^1/_2$ Tropfen Formalin. Ernö Deutsch (Budapest).

Miron (Bukarest), Der Tetanus der Neugeborenen im Verhältnis zur Sterblichkeit der Kinder. (II. Kongreß der rumänischen Gesellschaft für den Fortschritt und die Verbreitung der Wissenschaften. Sitzung von 22. Sept. 1903.) M. gibt statistische Daten, welchen zufolge bei 10257 Kinder unter den 23398, welche im Mittel während des ersten Lebensmonates in Rumänien zugrunde gehen, an Tetanus sterben. Diese erschreckend hohe Zahl ist darauf zurückzuführen, daß die Landbevölkerung meistens alte unwissende Weiber als Hebammen benützt, deren Unreinlichkeit und Unwissenheit in fataler Weise zu einer Infektion des Nabels führt. Die bakteriologischen Untersuchungen, die M. in 19 Fällen durchgeführt hat, ergaben die Richtigkeit dieser Anschauung: Kulturen von den Nabelschnüren, von dem Lehm, mit welchem der Boden der Wohnstätten beklebt war, und Überimpfungen auf Mäuse fielen positiv aus. Bezüglich der Behandlung ist das Bestreuen der Nabelwunde mit antitetanischem Serumpulver von Calmette in Lille zu empfehlen, doch ist das Hauptgewicht selbstverständlich auf die Prophylaxis zu legen: Vermehrung der Anzahl diplomierter Hebammen, antiseptische Behandlung des Nabels, Verwendung tadellos reiner Scheren usw.

E. Toff (Braila).

Aladàr Schütz, Zur angeborenen Immunität der Neugeborenen und Säuglinge. (Budapesti orvosi ujsàg. 21. I. 1904.) 1. Die giftneutralisierende Fähigkeit des Säuglingsmagens ist eine individuelle Eigenschaft, welche im verschiedenen Grade, im verschiedenen Alter, bei verschiedener Nahrung und Ernährungszustand zu finden ist. 2. Die Muttermilch besitzt keine hervorragende antitoxische Fähigkeit. 3. In den meisten Fällen verliert der Mageninhalt durch Wochen diese seine spezifische Eigenschaft. 4. Hochgradige Azidität hat wahrscheinlich einen giftschwächenden Einfluß. 5. Die Immunität der Säuglinge wird durch die quali- und quantitativen Unterschiede der giftneutralisierenden Eigenschaft des Mageninhaltes nicht erklärt. 6. Abgesehen von der kongenitalen Immunität, ist die natürliche von dem Entwicklungsgang und nicht von der Ernährung abhängig.

Ernö Deutsch (Budapest).

Antonio Jovane u. Raffaele Chiarolanza, Über Übertragbarkeit von Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus durch die Placenta. (La Pediatria. März 1904.) Verff. haben an Meerschweinchen und Kaninchen mit dem Bact. coli und Pneumokokkus experimentiert. Es gelang, den Übergang dieser Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus nur dann zu konstatieren, wenn sie in ungeheuerer Menge in die Peritonealhöhle oder die Vena eingebracht wurden, dagegen gelang die Übertragung nicht, wenn die Einimpfung — auch großer Mengen von Bouillonkultur — subkutan erfolgte. Es kann ferner zu einer schweren Infektion kommen, infolge deren auch der Fötus zugrunde geht und Abort erfolgt, ohne daß die Mikroorganismen, durch die die Erkrankung der Mutter bedingt wurde, in den fötalen Organismus eindringen. F.

Antonio Jovane, Das Leberglykogen bei Infektionen und Intoxikationen durch Bact. coli. (La Pediatria. Dezember 1903.) Verf. hat seine Untersuchungen nur auf das Bact. coli als auf den im kindlichen Organismus am häufigsten anzutreffenden Mikroorganismus beschränkt. Er hat Kaninchen so mit Bact. coli infiziert, daß er sowohl über einen Typus akuter wie chronischer Infektionen verfügte. Es ergab sich, daß bei den Versuchstieren das Leberglykogen auf ein Minimum sich beschränkte; die Menge war noch geringer bei akuter und chronischer Infektion, als bei akuter und chronischer Intoxikation. Verf. führt diese Glykogenabnahme zum Teil auf die geringere Nahrungszufuhr zurück, da das Tier naturgemäß unter der Einwirkung der Toxine und Bakterien mit geringerem Appetit frißt. Ferner läßt sich jedoch nicht ableugnen, daß die Verringerung in direkter Beziehung steht zu dem Grade der Infektion und Intoxikation, so daß eine glykolytische Tätigkeit der Leber unter dem Einfluß der Bact. coli-Infektion und -Intoxikation nicht zu verkennen ist. F.

Enrico Mensi, Die Thymus bei Infektionen. (La Pediatria. 1904. No. 2.) Bei 26 wenige Tage alten Kindern, die infolge von lokalen oder allgemeinen Infektionen gestorben waren, hat Verf. die Thymus histologisch und bakteriologisch untersucht. In der Mehrzahl der Fälle (22 von 26) fanden sich Hassalsche Körperchen in großer Menge, die zum Teil in Lakunen oder Vakuolen umgewandelt waren, ferner gleichzeitig zahlreiche eosinophile Zellen (17 von 26); in anderen Fällen (6 von 26) sind zwar die Hassalschen Körperchen zahlreich und groß, dagegen fehlen die eosinophilen Zellen oder sind sehr spärlich; in anderen (4 von 26) fällt die geringe Zahl der Hassalschen Körperchen auf. In 7 Fällen fand sich eine reichliche Bindegewebsneubildung um die Drüsenläppchen. F.

Fr. Lützhöft (Däne), Ein Fall von angeborenem Morphinismus. (Hospitalstidende. 1903. No. 49.) Die Mutter des Kindes, 36 Jahre alt, war $2^1/_2$ Jahre Morphinistin gewesen; sie brauchte kaum mehr als 10 Zentigramm Morphin täglich; die Menstruation war regelmäßig. Dann wurde sie schwanger, bekam starke Molimina; der Morphindrang stieg, und während der Schwangerschaft brauchte sie ca. 25 Zentigramm Morphin täglich per os. Die Gravidität und die Entbindung verliefen ziemlich gut. Das Kind, ein ausgetragenes Mädchen, wog 4 Kilo; es schrie heftig gleich nach der Geburt, die Unruhe dauerte, der Gesichtsausdruck war aufgeregt und jämmerlich; es focht unablässig mit den Armen, wimmerte und schrie; ab und zu hörte man ein schluchzendes Geräusch, welches mit Spasmus glottidis ähnlichem Anfalle endete. Die Milch (aus der Flasche) wurde gern genommen, aber gleich erbrochen. Das Kind schlief nur 10 Minuten auf einmal; Harn- und Mekoniumentleerung reichlich. Nach dem Verlauf von $2^1/_2$ Tagen hatte das Kind im ganzen 100 g Flüssigkeit getrunken. Durch Gavage bekam es dann 60 g Milchgemisch samt $^1/_2$ Tropfen Tinct. thebaica, welches nicht erbrochen wurde. Das Kind wurde ruhiger. Nach 12 Stunden bekam es wieder Opium und Milchgemisch durch den Katheter. Am nächsten Tage bekam es 3mal $^1/_2$ Tropfen Tinct. thebaica und am dritten Tage 2mal die-

selbe Dosis. Jetzt fing es an selbst zu trinken und war ruhiger geworden, es bekam nicht Diarrhoe, gedieh gut, aber war lange ein ungewöhnlich unruhiges Kind. Später entwickelte es sich gut und ist jetzt kräftig und intelligent. Die Entwöhnung der Mutter geschah nach dem Puerperium. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Schäffer (Bingen), Über akute Kupfervergiftung. (Klinisch-therap. Wochenschrift. 1903. No. 49.) 3 Tage altes, bei der Geburt gesundes Kind stirbt plötzlich unter Leibschmerzen. Bei der Sektion findet man u. a. schwere hämorrhagische Entzündung im Dünn- und Dickdarm, oberhalb der Dickdarmklappe ein markstückgroßes, scharfrandiges, zirkuläres Geschwür. In Stücken der Leber und des Darmes werden 5 mg Kupfer nachgewiesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab hochgradige Verfettung der Leber, Niere, fettige Degeneration im Herz- und Schläfenmuskel, sehr zahlreiche Blutungen in Lunge, Thymus, Herzmuskel, Niere, Leber. In den Blutherden und in den Blutmassen innerhalb der strotzend gefüllten Gefäße ein feinkörniger, brauner bis schwarzer Niederschlag, in den Gefäßen vorzugsweise an den Wandungen abgelagert. Derselbe ist wohl als Kupferniederschlag aufzufassen, aus der Wirkung des Kupfers als Blutgift erklären sich die Blutungen, das Darmgeschwür aus der Tatsache, daß neben der Galle auch die Darmoberfläche als Ausscheidungsorgan für das Kupfer in Betracht kommt. Daher gelang hier auch wie in der Leber der direkte Nachweis des Giftes. Jene hochgradige fettige Degeneration quergestreifter Muskelfasern ist bisher noch nie bei akuter Kupfervergiftung konstatiert worden. Grätzer.

Aronheim (Gevelsberg), Petroleumvergiftung bei einem 2½jährigen Knaben. (Die medizin. Woche. 1903. No. 38.)

Eines Tages wurde nachmittags 2 Uhr zu A. ein 2½jähriger Knabe gebracht, bewußtlos, laut röchelnd, mit kaltem Schweiß bedeckt; Nase und Lippen zyanotisch, Extremitäten kalt, Puls sehr beschleunigt und klein, Herztöne rein, aber schwach, Pupillen erweitert und reaktionslos. Pat. hatte kurz vorher etwa eine Obertasse (ca. 120 g) amerikanischen Petroleums getrunken, war dann sofort bewußtlos hingefallen, hatte 2mal hintereinander sein stark nach Petroleum riechendes Mittagessen erbrochen.

Da reichliches Erbrechen schon erfolgt, machte A. nur sofort eine subkutane Injektion von Ol. camphor., verordnete heiße Salzwasserkompressen, Wärmesteine an die Füße, ließ Milch trinken und 2stündlich 1 Kinderlöffel einer Mixtur von Natr. bicarb. 3,0, Methylatropin. brom. 0,003, Syr. simpl. ad 120,0. Bis abends blieb der Zustand beängstigend, dann aber, nach nochmaligem, leicht blutig gefärbten, stark nach Petroleum riechenden Erbrechen, schlug Pat. die Augen auf, erkannte die Umgebung, entleerte etwa ¼ l nach Petroleum riechenden, eiweißfreien Harns, behielt etwas Milch bei sich. Am nächsten Tage war er außer Gefahr. Urin und Stuhl roch zwar noch nach Petroleum, in den Fäces fanden sich geringe blutig gefärbte Schleimhautfetzen; im übrigen aber bestand völliges Wohlbefinden; im Munde und Pharynx fand sich keine Veränderung, das Kind behielt die Nahrung und spielte heiter mit.

Da hier hauptsächlich das Zentralnervensystem affiziert zu sein schien, möchte A. Petroleum in Übereinstimmung mit Johannessen zu den Nervengiften zählen. Grätzer.

F. Nash, Naphthalene poisoning. (British medical Journal. 1903. S. 251.) Der 13½jährige Knabe hatte ein haselnußgroßes Stück reinen Naphthalins verschluckt. Eine halbe Stunde später stellten sich Schmerzen in der Nabelgegend und im Penis ein, während

das Präputium anschwoll. Ferner stellte sich schmerzhafter Harndrang ein, der Urin wurde dunkel, es erfolgten einige wässerige mit Blut untermischte Stühle, dann trat Urinverhaltung ein, aber ohne Albuminurie. Am vierten Tage entwickelte sich eine trockene Rippenfellentzündung. Der Fall ging in Heilung aus. Schreiber (Göttingen).

Dezsö Barsi, Vergiftung mit Papaver rhoeas. (Budapesti orvosi ujsàg. 1903. No. 35.) Ein 10- und ein 3jähriges Mädchen verspeisten eine größere Anzahl von Knospen des Papaver rhoeas und erkrankten beide an heftigen Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Fieber und wurden im Verlaufe einiger Stunden soporös; objektiv war nichts nachzuweisen. Evakuierung des Magendarmkanals brachte baldige Genesung. B. meint, daß das Alkaloid des Papaver rhoeas, das Rhoeadin, diese alarmierenden Symptome hervorbrachte.

Ernö Deutsch (Budapest).

Karl Albecker, Ein Fall von Coniumvergiftung. (Orvosok lapja. 1903. No. 22.) Ein 4 Jahre altes Kind verzehrte eine Conium maculatum-Wurzel; es stürzte zusammen, delirierte, weite Pupillen, die reaktionslos sind, zwecklose Bewegungen der ganzen Körpermuskulatur. Auf Emetica Entleerung der charakteristischen übelriechenden Massen. Das Kind erholte sich vollkommen.

Ernö Deutsch (Budapest).

A. Wollenberg, Ein Fall von Vergiftung durch chlorsaures Kali im Kindesalter. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 36. Heft 3—6.) Ein Kind von 11 Wochen bekam durch einen Irrtum der Pflegerin Gurgelwasser zu trinken, wobei es innerhalb 18 Stunden ca. 1 g Kal. chlor. zu sich nahm. Die Folge davon war ein Kollaps, graubraune Hautverfärbung, grünbraune Fetzen im Stuhl, schwarzbraune Farbe des Urins mit reichlichem Sediment. Das Blut aus der Fingerkuppe war dunkel, fast sepiafarben. Albumen positiv, viel Pigmentzylinder. Am nächsten Tage ein ca. 5 Minuten dauernder Anfall von klonischen Krämpfen. Unter Behandlung mit Rizinusöl, Tannigen, Kochsalzlösungeinlauf und -injektionen bildete sich der Vergiftungszustand im Laufe von 14 Tagen völlig zurück. Die Hautfarbe war schon nach 5 Tagen völlig normal.

Eine voraufgegangene Nierenerkrankung des Kindes mag wohl den Organismus gegen die Giftwirkung empfindlicher gemacht haben. Aber auch bei Fehlen einer solchen Komplikation hält Verf. die von mehreren Autoren für das erste Lebensjahr bis zu 1,0 g angegebene Tagesdosis von Kalium chloricum für zu hoch bemessen.

Hutzler (München).

P. A. Potter, Relation of Proteids to Edema in Marantic Children. (Pediatrics. März 1904.) Von einigen Autoren rührt die Warnung her, bei Sommer-Diarrhöen der Säuglinge auf die Nieren zu achten und ja vorsichtig mit der Alkoholdarreichung sein.

Verf. hat eine Reihe von Fällen daraufhin untersucht und hat sich davon überzeugt, daß die Nieren bei akuten Durchfällen nicht erkranken (anders vielleicht bei protrahierten Diarrhöen) und daß Alkohol somit nicht zu fürchten sei.

Die Ödeme, welche man bei marantischen Säuglingen findet,

rühren nicht von der Niere her und machen die Prognose gar nicht so hoffnungslos wie manche glauben wollen.

Dieser gesunkene Allgemeinzustand (Marasmus) wird am besten mit eiweißreicher Kost behandelt, trotz der bestehenden Diarrhoe. Man erhöhe nur getrost den Eiweißgehalt der Milchmischung und eine Besserung wird in vielen Fällen nicht lange ausbleiben.

Leo Jacobi (New York).

Thomas M. Rotch, A case of Edebohls Operation in a boy nine and one-half years old. (Archives of Pediatrics. August 1903.) Wegen vorgeschrittener parenchymatöser Nephritis wurde an dem $9^1/_2$ Jahre alten Pat. die Edebohlssche Operation gemacht (Dekapsulation der beiden Nieren).

Der Kleine schien anfangs der Besserung entgegenzugehen, plötzlich traten aber nach ein paar Wochen bedrohliche Erscheinungen auf, und der Exitus erfolgte unter den Zeichen von Lungenödem und Herzschwäche.

Verf. meint, daß der Fall zu weit vorgeschritten war, um die Operation erfolgreich zu gestalten. Leo Jacobi (New York).

John C. Morse, Tonsillitis a cause of Nephritis. (Archives of Pediatrics. Mai 1904.) Als Ursache von Endokarditiden ist in den letzten Jahren die Mandelentzündung mehrmals gewürdigt worden. Weniger Aufmerksamkeit ist bis jetzt der akuten Nephritis im Gefolge von Angina zuteil geworden.

Verf. beschreibt zwei Originalfälle bei Kindern und einen Fall bei einem Erwachsenen, in denen der kausale Zusammenhang zwischen Angina und Nephritis ziemlich sicher war. Es kann eine milde Angina zur Nephritis ebenso leicht führen, wie schwere Formen von Tonsillitis, sobald eben die Erreger bis zur Niere gelangen. Häufig verdankt eine Angina den Streptokokken ihre Entstehung und dieselben Kokken sind ja auch beim Scharlach im Spiel, woraus die leichte Möglichkeit eine komplizierenden Nephritis bei Angina klar wird.

Leo Jacobi (New York).

Charles C. Biedert, Nephritis in Infancy. (American Medecine. 6. Februar 1904.) Kasuistische Mitteilungen nebst Ausführungen allgemeiner Art.

Es wird die Wichtigkeit der Harnanalyse betont. Man untersuche den Urin bei allen akuten Kinderkrankheiten, besonders bei Bronchopneumonien. Nephritis ist gar nicht so selten im frühen und frühesten Kindesalter. Ein sehr wichtiges Zeichen von Nierenaffektion ist eine ausgesprochene Anämie. Ödeme sind oft nicht vorhanden, sogar in schweren Fällen. Die Harnsekretion stockt fast immer und die Mutter merkt dies an dem verminderten Gebrauch von Windeln. Urämische Symptome sind häufig anwesend. Leo Jacobi (New York).

Edoardo Orefice, Beitrag zur Therapie der chronischen Nephritis der Kinder. (La Pediatria. März 1904.) Nachdem das Kind 10 Monate lang unter fast ausschließlicher Milchdiät gehalten war, daneben auch alkalische Wässer, Eisenpräparate und Jod bekommen hatte, wurde die Behandlung mit Renaden eingeleitet, beginnend mit 0,5 g pro die steigend bis auf 4 g. Das Präparat wurde

in Milch gelöst verabreicht. Nach 4 Monaten war das Eiweiß bis auf die letzten Spuren aus dem Urin verschwunden. Das Resultat war um so bemerkenswerter, als das Kind dabei mit gemischter Nahrung, Gemüse und Fleisch neben Milch und Eiern, ernährt worden war und mehrere Stunden des Tages das Bett hatte verlassen dürfen. F.

Cassel, Uber Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 2.) Als Hauptresultate der Untersuchungen ergab sich folgendes:

1. Die Nephritis heredo-syphilitica der Säuglinge macht bei Lebzeiten selten klinische Erscheinungen.

2. Die makroskopische Betrachtung von Nieren der an angeborener Syphilis gestorbenen Früchten und Kindern liefert ebenfalls nur ausnahmsweise positive Befunde.

3. Die histologische Untersuchung erweist indessen, daß sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle pathologische Veränderungen in den Nieren finden, die im Einzelfalle große graduelle Verschiedenheiten zeigen.

Bei den Kindern, die einige Zeit gelebt haben, stehen die interstitiellen und die periadventitiellen Wucherungen und die zystische Degeneration der Glomeruli im Vordergrunde.

Bei den Föten treten zu diesen Veränderungen noch die Entwicklungshemmungen an den Organen hinzu.

Diese Untersuchungen haben auch praktisches Interesse. Sie lehren uns manches verstehen, was sich im Lebenslauf vieler dieser Pat., keineswegs aller, ereignet. Die durch Entwicklungshemmung und entzündliche Prozesse hervorgerufene Minderzahl von Elementen, die lebenswichtige Funktionen zu erfüllen haben, — Entwicklungshemmungen, die wie in der Niere, doch auch in anderen Organen statthaben werden, — erklären uns die mangelhafte Entwicklung vieler mit Erbsyphilis behafteter Individuen, die parasyphilitischer Affektionen, das Zurückbleiben im Längenwachstum, den Infantilismus u. a. m. Wir vermögen auch zu verstehen, warum solche Individuen den Einflüssen des Lebens gegenüber, wie z. B. den Infektionskrankheiten, eine nur mangelhafte Widerstandsfähigkeit besitzen. Das mit Erbsyphilis behaftete Kind ist für den Kampf um das Dasein schwächer ausgerüstet wie das nichtsyphilitische. Grätzer.

Rodolfo Matzenauer, Die erbliche Übertragung der Syphilis. (La Pediatria. Januar 1904.) Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Die Mutter eines syphilitischen Fötus muß, auch wenn sie keine Symptome aufweist, mit Quecksilber behandelt werden.

Die Mutter eines syphilitischen Kindes kann entsprechend dem Collesschen Gesetz ohne weiteres ihr Kind säugen.

Syphilitische Eltern können ihr eigenes Kind infizieren. F.

M. K. Jsham, Syphilis haemorrhagica neonatorum. (The Cincinnati Lanc. clin. 12. März 1904.) Ein kräftig geborenes erstes Kind von gesunder Mutter, aber syphilitisch verdächtigem Vater, erschien 11 Tage lang völlig gesund. Am 12. Tage, nachdem die Nabelschnur zwar normal abgestoßen war, traten kaum zu stillende Blutungen

in der Nabelgegend auf. Es folgten Blutextravasate an Schenkeln, Armen, Brust, Schmerzen an den Fußgelenken, Petechien an Hals und Wangen, Rötung des Gaumens, schließlich ein starker Knoten in der Gegend der Tibia. Die Diagnose Lues wurde durch den vorzüglichen Erfolg der Quecksilbereinreibungen bestätigt. Unter innerem Gebrauche von Jodkali durch bie nährende Mutter genas das bereits sehr blaß und schwach gewordene Kind völlig. Max Joseph (Berlin).

D. Galatti, Klinischer Beitrag zum Hydrocephalus syphilitischen Ursprungs. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 25.) G. bringt die Krankengeschichten dreier Geschwister, die besonderes Interesse bieten; es handelt sich um zwei Knaben und ein Mädchen.

Die Eltern sind angeblich beide gesund. Das erstgeborene Kind kam im Alter von 10 Monaten in Behandlung wegen Glottiskrampfes. Der Knabe zeigte einen hydrocephalischen Schädel. Er bekam dann ein Augengeschwür und starb bald während eines eklamptischen Anfalles. Die Obduktionsdiagnose lautete: Innerer Hydrocephalus, chron. Entzündung der zarten Hirnhäute und der Hirnrinde mit umschriebenen Erweichungen in letzterer.

Das zweite Kind, wieder ein Knabe, bekam am Ende des ersten Lebensmonats Schreianfälle und Unruhe, gleichzeitig nahm der Kopfumfang zu. Es gesellte sich dann Schnupfen mit leicht blutigem Außfluß hinzu, später ein Geschwür am weichen Gaumen, welches mit Hinterlassung eines Substanzverlustes heilte.

Das dritte Kind bekam in der vierten Woche Pemphigus an Handflächen und Fußsohlen, dann am Körper ein makulöses Syphilid.

Jetzt erfuhr G. vom Hausarzte, daß der Vater von ihm vor 15 Jahren an Syphilis behandelt worden sei, und daß das erste Kind schon im ersten Lebensmonat ein Syphilid aufwies.

Kein Zweifel: alle 3 Kinder litten an hereditärer Lues. Zur Zeit der Zeugung des ersten Kindes waren 9 Jahre, zur Zeit der Zeugung des letzten Kindes 14 Jahre nach der letzten luetischen Behandlung des Vaters verflossen.

Die Diagnose Hydrocephalus wurde beim ersten Kinde durch die Obduktion bestätigt. Bei dem zweiten Kinde fing der Schädel im zweiten Monate zu wachsen an; gleichzeitig stellten sich Schreianfälle und Unruhe ein, die ebenfalls als Symptom des Hydrocephalus aufgefaßt werden können. Daß der Hydrocephalus gering blieb, spricht, wie Fall 1 zeigte, nicht gegen die Richtigkeit der Diagnose, kommt vielmehr wohl daher, daß in beiden Fällen syphilitische Behandlung einsetzte. Wann der Hydrocephalus beim ersten Knaben begann, kann G. nicht sagen; ob er in beiden Fällen angeboren oder erst, wenn auch sehr frühzeitig extrauterin entstanden, läßt sich nicht entscheiden. G. hält ihn in beiden Fällen für gleichen Ursprungs und bringt ihn mit der im ersten Falle durch die Obduktion erwiesenen Erkrankung der Meningen in ursächlichen Zusammenhang. Da er die Erkrankungen der Meningen als Zeichen der hereditären Lues ansieht, so faßt er auch den Hydrocephalus als ein Zeichen der Lues auf, zumal jedes Symptom einer sonstigen Allgemeinerkrankung fehlte. Daß sich bei hereditärer Lues angeborener oder frühzeitig erworbener

Hydrocephalus internus chronicus vorfindet, kann ja als unzweifelhaft festgestellt gelten. Die Obduktion des ersten Kindes ergab ausgebreitete chronische Pachy- und Leptomeningitis; da das Kind früher manifeste Zeichen der Syphilis dargeboten haben soll, steht wohl auch die syphilitische Natur jener Gehirnveränderungen fest. G. hält es für mehr als wahrscheinlich, daß auch der Hydrocephalus des zweiten Kindes, dessen weitere Entwicklung durch Jodkali gehemmt wurde, gleichen Ursprungs ist, und daß ihm meningeale Veränderungen (Schreianfälle), wenn auch geringfügiger Natur, vorhergegangen sind.

G. hält das Auftreten syphilitischer Hirnerkrankungen für häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Die Symptome der beginnenden Erkrankung können, wenn überhaupt welche vorhanden sind, oft nur bei der sorgfältigsten Beobachtung des Kindes entdeckt werden, verschwinden aber auch dann bei der wegen anderer Krankheitssymptome vorgenommenen antiluetischen Kur. Die Schädelvergrößerung ist, wie obige beide Fälle zeigen, oft sehr gering. Außer dem Laryngospasmus fand sich keine Veränderung der Nervenfunktion. Und so wie der zweite Fall dürfte es viele geben, wo Hydrocephalus durch lange Zeit das einzige Symptom kongenitaler Lues ist. Um so wichtiger ist es dann, in Kenntnis dieses Umstandes rechtzeitig eine antiluetische Kur durchmachen zu lassen. Daß eine solche bei syphilitischem Hydrocephalus selten Erolg zeigt, liegt daran, daß sie meist zu spät zur Behandlung gelangen. G. hält es für geboten, bei jedem Falle von Hydrocephalus, dessen Ätiologie nicht aufgeklärt ist, so früh als möglich eine antisyphilitische Kur einzuleiten. Allerdings ist die Diagnose auf beginnenden Hydrocephalus schwer. In obigem Falle wurde G. durch die relativ rasche, wenn auch geringe Zunahme des Schädelumfanges und vornehmlich die hartnäckigen Schreianfälle, die er auch bei anderen Fällen von Hydrocephalus beobachtete, zur richtigen Diagnose geführt.

Grätzer.

Graeffner, Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei kongenitaler Lues. (Münch. med. Wochenschr. 1904. No. 4.)

Der jetzt 31jährige Pat. wurde als fünftes Kind seiner Mutter geboren, die vorher nur gesunde Kinder gehabt hatte, aber vor seiner Geburt luetisch infiziert worden sein will. Bis zum siebenten Lebensjahre zeigte er keinerlei Krankheitszeichen, im achten erst stellten sich Eiterungen der Halsdrüsen, Ulzerationen im Gesicht, progrediente Schwerhörigkeit (im zehnten Lebensjahre wurde Pat. völlig taub) und ein bräunlicher, immer dunkler werdender Streifen an der Nase ein, welcher dem freien Rande der Nasenbeine entsprach. Im Laufe zweier Jahre (spezifische Behandlung erfolgt nicht) stießen sich beständig Knorpel- und Knochenstückchen aus der Nase ab.

Die Untersuchung des Pat. ergibt völligen Schwund der unteren Muscheln und des knöchernen Septums. Von dem knorpeligen ist nur der Spina inf. ant. entsprechend ein kleiner Rest verblieben. Die beiden Siebbeine befinden sich, namentlich rechts, im Zustande hochgradiger Atrophie. Zwischen ihnen hindurchblickend gewahrt man die Eingänge der Keilbeinhöhlen, von denen die rechte bei der Sondierung sich tiefer und weiter erweist als die linke. In der linken Lateralwand klafft ein weites Foramen maxillare, den Einblick in eine ziemlich flache Highmorshöhle eröffnend, rechts ist die Infundibulargegend narbig verzerrt. Weiche und harte Sonde vermochten dort nur $^1/_2$ cm weit in sagittaler Richtung vorzudringen. Um die beiden kraterförmig über die Wandfläche prominierenden Tubenöffnungen sieht man Züge narbigen Gewebes und bei Tiefstellung des Pat. das Spiel des perforierten Velums. Eine in den rechten Tränenpunkt eingeführte

Sonde kommt im einstigen mittleren Nasengang zum Vorschein, und zwar, da ja der Processus lacrimalis mit der unteren Muschel auch verloren ging, entsprechend dem Punkte, wo der untere Winkel des Os lacrimale mit dem Processus frontalis des Oberkiefers zusammenstößt. Durch den linken Tränenkanal konnte die Sonde nur ein kleines Stück vordringen, dann stieß sie auf hartes Narbengewebe.

Von besonderem Interesse ist der Umstand, daß sich unweit der Apertura piriformis auf dem Nasenboden 2 Zähne, die inneren Incisivi, befinden. Sie liegen in stumpfem, nach hinten offenen Winkel gegeneinander und zwar derart, daß sie von oben und außen nach unten und innen, die Vorderfläche der Zahnkrone nach der Schädelbasis schauend, der linksseitige Zahn vor dem rechten angeordnet sind und die Mittellinie um 2—3 mm überragen. Um die Mitte der Wurzel ist die Schleimhaut stark gewulstet. Beide sind zu voller Länge und Stärke ausgebildet.

Bisher hatte man es in solchen Fällen stets nur mit einem Zahne in der Nase zu tun; nur in einem Falle (Thompson) wurden ebenfalls 2 Zähne gefunden. Grätzer.

H. de Rothschild, Syphilis acquise chez un enfant de 2 ans $^1/_2$. Chancres linguaux multiples en voie de transformation en plaques linguales. (Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles. Bd. 1. No. 4 u. 4. S. 327.) Der Knabe war offenbar infiziert von seiner Mutter, welche ebenfalls an einem Primäraffekt der Zunge litt. Die Frau war durch ihren Mann infiziert. Auf der Zunge des Kindes fanden sich drei beetartige Erhebungen, die an ihrer Oberfläche ulzeriert waren. An der Haut beginnende Roseola.

Schreiber (Göttingen).

Schwab und **Lévy Bing,** Behandlung der Syphilis bei den Neugeborenen durch lösliche Quecksilbereinspritzungen. (La Presse médicale. 31. Oktober 1903.) Diese zuerst von Prokhorow angegebene Methode hat den Verff. in 5 Fällen von Syphilis bei Neugeborenen sehr gute Resultate gegeben und sind dieselben der Ansicht, daß die sonst üblichen Behandlungsmethoden viel weniger vorteilhaft sind. Die Einreibungen reizen fast immer die Haut und man kann niemals sicher die Menge des wirklich zur Resorption gelangten Quecksilbers bestimmen; die interne Medikation ruft Störungen in dem Verdauungsapparate hervor, während die Bäder meist wirkungslos sind. Hingegen vereinigen die Injektionen mit Jodquecksilber, welche in die Gesäßmuskulatur, oder auch subkutan vorzunehmen sind, die Vorzüge einer gefahrlosen, sicheren und raschen Methode in sich. Das Alter der von den Verff. behandelten Kindern war zwischen 1 Tag und 3 Monaten. Die Verordnungsweise ist: Hydrargyr. bijodati 0,05, Natr. jodati 0,05, Aq. destill. 10 ccm. M. Die mittlere Dosis war 1—2 mgr täglich; man macht 10—15 Einspritzungen, hierauf eine Pause von 2 Wochen, dann wieder eine Serie von 10 Einspritzungen. E. Toff (Braila).

R. Greeff, Über Prophylaxe und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen. (Aus der kgl. Augenklinik der Berliner Charité.) (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1904. No. 11.) G. wendet sich besonders gegen die üblichen hochprozentigen Lösungen von Arg. nitr., die gar nicht erforderlich sind und so oft Reizerscheinungen hervorrufen. Zur Prophylaxe genügt sicher $^1/_4$ $^0/_0$ige Lösung zum Einträufeln, bei der Behandlung sogar 0,1 $^0/_0$ige, mit der das Auge möglichst häufig auszuspülen (nicht auszupinseln!) ist, wobei man das Ektropionieren und Auswischen zu unterlassen hat. Man nimmt eine

einfache Flasche, bei der man den Korken durchbohrt, so daß ein Tropfglas hineingesteckt werden kann. Dann wird das Kind auf den Schoß oder einen Tisch gelegt, und nun macht einer einfach am Auge in der Weise Bewegungen, daß er die Lider auseinanderzieht und wieder zusammendrückt, während ein anderer die Lösung allmählich in die Lidspalte hineinlaufen läßt. Man macht diese Ausspülungen am besten in den ersten Tagen jede Stunde oder mindestens jede zweite Stunde. Es kommt eben zur Heilung nur darauf an, daß der Eiter nicht stagniert, und wenn man in dieser Weise vorgeht, in den ersten kritischen paar Tagen Tag und Nacht alle paar Stunden ausspült, so kann man mit Sicherheit darauf rechnen, das Auge zu erhalten. Man muß dem Personal nur streng einprägen, nie am Auge zu wischen. Auch der Arzt sollte das nie tun; man bekommt, wenn man immer mit den Lidern Bewegungen macht, die letzten Flocken aus der Übergangsfalte heraus. Grätzer.

Elemár Scipiades (Budapest), Die Frage der Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum mit Berücksichtigung der Erfolge der Silberacetat-Instillation. (Volkmanns kl. Vorträge. N. F. No. 340.) Noch einige Worte über den Wert des Argentum aceticum in der Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea. (Volkmanns klin. Vorträge. N. F. No. 345.) Das Credésche Verfahren wurde von Credé selbst im Arch. f. Gyn. im Jahre 1880 publiziert. 2 Jahre später wurde es aber erst gesetzmäßig von ihm präzisiert. Es besteht in mehrmaligen Scheidenausspülungen während der Geburt mit Sublimatlösung und Einträpfelung einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung in den Konjunktivalsack noch vor der Abnabelung. Nach der Zusammenstellung von Köstlin (1896) betrug die Morbidität vor Credé 13,5%, nach Credé 0,6%, berechnet aus über 100000 Fällen von 68 Autoren.

Kesmarsky erzielte (publiziert vor Eröss) 0,4%, Leitner 0,30% und Verf. (Tauffers Klinik) in 10 Jahren bei über 4000 Fällen 0,36%.

Außer dem Gonococcus Neisser werden nahezu alle bekannten übrigen Keime im Sekret gefunden.

Daher kann Argentum nitricum kein Spezifikum gegen Ophthalmoblennorrhoe sein.

Auf das ideale 0,00% Morbidität war ja das Credésche Verfahren nicht gekommen, andererseits haftete ihm ein schwerer Nachteil, „ein düsterer Schatten", an, die Lapisreaktion.

Außerdem sprach noch gegen Credé die Erfahrung, daß die Blennorrhoe oft erst spät einsetzte, so daß die Infektion erst im Wochenbett erfolgt sein konnte, eine Ansicht, welcher Lundsgaard, Hausmann, Stratz, Kaltenbach, Hegar u. a. eine Zeitlang anhingen, trotzdem von Ophthalmologen, z. B. Sattler, Fälle von Erkrankung sub partu konstatiert waren. Therapie dementsprechend. Ausspülen der mütterlichen Scheide und gründliche Reinigung vor dem Öffnen der Augen: Kaltenbach, Keilmann, Hausmann, Abadie, Romiée, Doléris.

Wieder andere, wie Fürst, suchten in der Desinfektion des Konjunktivalsacks das Ziel und zwecks Vermeidung der Lapisreaktion schritten sie zur Verwendung anderer Mittel wie: Ac.

salicylicum, Zincum sulfo-carbolicum, β-Naphthol, Aqua chlorata, Kalium hypermanganicum (Sourisse), Resorcin, Thymol, Ichthyol (3 % Schatz), Hydrargyrum oxycyanatum (1:2000 Axenfeld), konzentrierte Borlösung (North 1899), Formalin (1/00 Castido 1899), Zitronensaft (Barbary, Savelsky, Reymond), diskrediert von Valude; wegen Reaktionen Jodoform empfohlen von Tarnier und Valude, Jodtrichlorid (Buchholz und Keilmann), Karbol war ungenügend (Olshausen, Königstein, Kruckenberg, Valenta), Sterilwasser ebenso (Abegg, Schrimmer, Kaltenbach, Ahlfeld, Cohn, Korn, Caro, Sutugin, Hofmeier, Mermann und Rivière. Besser war Sublimat (Fritsch, Ahlfeld und Erdberg).

Alle diese Mittel waren unsicherer als Arg. nitr. oder die Zahl der Reaktionen größer.

Einzelne suchten durch Verdünnung (1 %iger Lösung des Arg. nitr.) die Nachteile zu verringern (Hecker, Schmidt, v. Weckbecker-Sternenfeld, Säkinger, Fuhrmann, König, Budin), andere verwendeten Protargol und Argol (Fürst, Engelmann, Praun, Wicherkieritz, Messner und Zweifel). Auch hier Verminderung der Sicherheit und Vermehrung der Reaktionen.

Endlich wählte Zweifel gesättigte Argentum aceticum-Lösung mit Neutralisation mittels Kochsalz, wodurch das Silbersalz als Chlorsilber niedergeschlagen wurde, und rühmte seine Erfolge. Dieses Mittel zu prüfen hat sich Verf. zur Aufgabe gesetzt. Silberacetat ($AgC_2H_2O_2$) löst sich bei Zimmertemperatur nur in 1 %. Der Titre der Lösung wird also durch Verdampfen des Wassers nicht verändert, auch kann der Apotheker sich gar nicht irren und eine zu starke Lösung anfertigen.

Mit dieser Lösung hätte Zweifel (5222 Neugeborene) 0,23 % Morbidität erzielt und die Zahl der Reaktionen bedeutend vermindert.

Dies Verfahren, vom Verf. an 200 Neugeborenen nachgeprüft, ohne die Neutralisation mit Kochsalz, ergab 0,0 % Morbidität. Reaktionen waren 20 % notiert worden, was mit Protargol nur von Engelmann erreicht worden war. Dabei wurden aber die geringsten Veränderungen der Augen als Reaktion gerechnet. Reaktionen nach Engelmanns Kriterium (mit Sekretion) waren nur 5,5 %.

Verf. neigt demnach der Ansicht zu, daß nun ein Mittel gefunden sei, welches man zwangsweise der Hebamme in die Hand geben könne, was mit den bisherigen Mitteln nach fast einstimmig geäußerter Anschauung der Gynäkologen und Ophthalmologen nicht ratsam war. Die Hebamme ist eben nicht imstande, die Reaktion und die Infektion genügend auseinander zu halten und noch weniger das Laienpublikum. Ja dem praktischen Arzte sogar mußte im einzelnen Falle die Beurteilung schwer fallen, ob es sich um eine Reaktion oder um eine Ophthalmoblennorrhoe handelte.

Nach Zweifel soll durch die Kochsalzneutralisation auch die geringe Zahl der Reaktionen verschwinden. Über diese Frage sollte die nächste Publikation (No. 345) Aufschluß gewähren.

Wieder Erwarten ergaben die unter Zuhilfenahme der Paralysation mit Kochsalzlösung angestellten Versuche, daß die Zahl der Reaktionen nicht abnimmt, sondern zunimmt, und zwar in gleichem Grade

zunimmt mit der steigenden Konzentration. Die sorgfältig nach Zweifels Weisungen angestellten Versuche sind mit ihren Ergebnissen in vier Tabellen und einer fünften resumierenden Tabelle zusammengestellt. Zwar wird der Prozentsatz der Morbidität nicht erhöht, sondern bleibt 0,0 %, allein die Zahl der sekundären, ja der suppurativen Konjunktivitiden wächst, je konzentrierter die Kochsalzlösung ist. Dementsprechend empfiehlt Verf. die Argentum acetat-Lösung ohne Paralysation mit Kochsalz sowohl für die Praxis der Ärzte, wie der Hebammen, da man die Reaktion nach demselben von der Infektion unterscheiden könne.

Kritik: Das Mittel ist einfach und, wie sich Ref. überzeugt hat, in der Praxis leicht anwendbar. Dem Rate, die Lösung in braunem Glase zu ordinieren, möchte Ref. noch den hinzufügen, stets gesättigte Lösung zu verordnen, etwa Rp. Arg. acetici 0,15, Aquae dest. 10,0 M.D.S. in vitr. obturatum S. Zum Eintröpfeln. Der Überschuß an Salz verhütet andererseits, daß die Lösung zu wenig konzentriert wird. Verbindungen mit organischen Säuren sind leicht zersetzlich. Statt des ausgefallenen zersetzten Acetats kann sich immer neuer lösen.

Ziegenspeck (München).

A. Péchin, Un cas d'ophtalmoplégie congénitale. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles. Bd. I. S. 246.) Der 20jährige Pat. war bis auf Masern immer gesund. Im fünften Lebensjahr wurde bemerkt, daß die Augenlider herabhingen, und daß die Bewegung des Auges beschränkt war. Es handelt sich um eine inkomplete Ptosis besonders links. Die Augen können nicht nach oben bewegt werden und nach anderen Richtungen hin nur in geringem Maße. Im übrigen bieten die Augen, abgesehen von einer Myopie, nichts Abnormes. Dagegen besteht noch eine Parese des Facialis. Ein Auge allein kann selbständig weder geschlossen noch geöffnet werden. Wenn der Pat. horizontal oder nach oben sehen will, muß er den Kopf zurücknehmen. Es handelt sich also um eine Ophthalmoplegia externa, bilateralis, totalis, incompleta und zwar congenita, da sich eine Ursache für diese Erkrankung im späteren Lebensalter nicht fand. Die Beobachtung ist insofern interessant, als sie für einen gewissen Zusammenhang der Kerne der betroffenen Nerven (III. IV. VI und VII) spricht.

Schreiber (Göttingen).

Vilmos Goldzieher, Lymphomatosis conjunctival. (Budapesti orvosi ujsàg szemeszeti melleklete. 1904. V. 19.) Oktober 1902 zeigten sich bei einem 10 Jahre alten Mädchen auf der rechten Halsseite Lymphome, auf der Bindehaut desselben Auges Riesenfollikeln. Entfernung der Lymphome, Behandlung des Auges mit Jodoform, per os Eisen und Arsen führten zur vollständigen Heilung dieser nach Parinaud benannten Krankheit.

Ernö Deutsch (Budapest).

Hawthorne, Nystagmus in three generations. (British medical Journal. 1903. S. 425.) Der Nystagmus fand sich bei einer 15jährigen Pat. H.s, bei deren Mutter, bei dem Vater sowie bei verschiedenen Geschwistern der Mutter und bei zwei Geschwistern der kleinen Pat. Bei letzteren wurde der Nystagmus bereits wenige Tage nach der Geburt beobachtet.

Schreiber (Göttingen).

E. H. Oppenheimer (Berlin), Einseitiger Nystagmus. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 23.) Es handelt sich um ein 15 Monate altes, wohlgenährtes, munteres, hereditär absolut nicht belastetes Kind. An keinem Organ sonst waren Anomalien zu entdecken, nur beiderseits an den Augen wurde eine Hypermetropie von 2 D. entdeckt, und am rechten Auge fiel ein kontinuierliches, sehr kleinschlägiges Zittern auf — Nystagmus horizontalis oscillatorius.

Die Ätiologie blieb rätselhaft; es wird sich wohl um einen rein optischen Nystagmus handeln, der durch die Hypermetropie zu erklären ist.

Grätzer.

Elschnig, Bemerkungen über die Refraktion der Neugeborenen. (Zeitschrift für Augenheilkunde. XI. 1.) E. weist zunächst auf die Widersprüche hin, die bei den bisherigen Ergebnissen der Refraktionsbestimmung an Augen von Neugeborenen zutage getreten sind. v. Jäger fand seinerzeit 78% der Neugeborenen als myopisch. Dieser Autorität gegenüber gibt es eine größere Anzahl neuerer Beobachter, die im Gegenteil in der überwiegenden Mehrzahl der untersuchten Augen von Neugeborenen eine Hypermetropie konstatierten. Die Lösung für diese Widersprüche gibt nun E. Er fand bei der Untersuchung von Neugeborenen relativ häufig Myopie, meist zwischen 4 und 7 Dioptrien. Diese Myopie verschwand jedoch, wenn Atropin eingeträufelt wurde, und machte meist einer Hypermetropie Platz. Die Bestimmung wurde skiaskopisch und im aufrechten Bild vorgenommen. Es ist nun die Erklärung der verschiedenen Meinungen früherer Autoren leicht. v. Jäger untersuchte ohne Atropin und fand Myopie. Die späteren Beobachter stellten die Refraktion nach Atropineinträufelung fest und beobachteten meist Hypermetropie. Die Myopie ist nur eine scheinbare, infolge einer Anspannung der Akkommodation. Lähmt man letztere durch Atropin, so wird der wahre Refraktionszustand erkennbar. Den Grund zu dieser Akkommodationsanspannung findet E. darin, daß bei den ersten Sehversuchen eine unzweckmäßige, unwillkürliche Innervation der Akkommodationsmuskeln erfolgt.

Enslin (Erlangen).

E. Schottelius, Bakteriologische Untersuchungen über Masernkonjunktivitis. (Aus dem hygien. Institut Freiburg i. B.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 9.) Die Untersuchungen fanden an 80 Fällen statt, und zwar 40 Masernkranken und 40 Masernleichen. Der Staphylococcus aureus trat in 25 von den Krankheitsfällen und in 26 von den Todesfällen auf, also in über 60% der Gesamtfälle. Ein größerer Unterschied aber zeigt sich zwischen den Krankheits- und Todesfällen, wenn man das Auftreten der Streptokokken ins Auge faßt; während dieselben nämlich im Verlauf der Krankheit in 5 von 40 Fällen zur Beobachtung kamen — also in 8% — fanden sich die Streptokokken bei den letal verlaufenen 40 Fällen 20mal, also in 50% der Fälle. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß höchstwahrscheinlich noch in manchem weiteren Fall Streptokokken vorhanden waren, ohne daß es gelang, sie nachzuweisen. Hierfür spricht u. a. der regelmäßige Befund der Streptokokken in den daraufhin untersuchten Lungen und Milzen der an Masern verstorbenen Kinder.

Zusammenfassend wäre also festzustellen, daß gegenüber dem bakteriologischen Verhalten gewöhnlichen Konjunktivalsekretes bei der Conjunctivitis morbillosa das Auftreten der Wundinfektionsträger auffallend erscheint. Die pathogenetische Beurteilung dieses Resultates allerdings dürfte vorerst nur mit Vorsicht zu treffen sein. Die Heranziehung der neuerdings publizierten Beobachtungen über Scharlachinfektion durch Streptokokken würde ja für obige Fälle etwas sehr Verführerisches haben, inzwischen fehlen auch hier noch zu viele Mittelglieder, um eine direkte Beziehung zwischen den Wundinfektionsträgern und den exanthematischen Infektionskrankheiten wahrscheinlich zu machen, um so mehr, als obige Befunde sich nur auf die bakteriologische Untersuchung einer erkrankten Schleimhautoberfläche beziehen. Immerhin erscheint das in den 80 untersuchten Fällen fast regelmäßige Auftreten der Wundinfektionsträger und der Befund der schwerer wirkenden Streptokokken in den klinisch schwerer verlaufenden und letalen Fällen doch recht auffallend, um so mehr, als die gleichen Spaltpilze bei einigen anderen gelegentlich daraufhin untersuchten Fällen von Diphtheriepneumonien nicht nachgewiesen werden konnten. In den allerdings wenig zahlreichen Fällen wiederum, in denen im Anschluß an obige Konjunktivalsekretuntersuchungen Masernpneumonien bakteriologisch untersucht werden konnten, wurde auch aus den Lungen neben Corynebakterien der starkgefärbte Staphylococcus aureus herausgezüchtet.

Ohne also aus den vorliegenden Untersuchungen ein abschließendes oder auch weiteren Nachforschungen nur vorgreifendes Urteil zu ziehen, möchte Sch. nach seinen Beobachtungen doch die Meinung vertreten, daß als kombinierender Faktor bei der Masernkonjunktivitis — wahrscheinlich auch bei der Maserninfektion — die Wundinfektionsträger eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Grätzer.

Carl Koller, Scarlatinal Panotitis etc. (Medical Record. 30. Jan. 1904.) Ein 4jähriges Mädchen erkrankte an Scharlach. Am Ende der ersten Woche traten Symptome von Ohrbeteiligung auf und innerhalb 24 Stunden war das Kind völlig taub.

2 Monate später kam der Fall zur Operation, in der Hoffnung, das Gehör teilweise zu retten, aber leider vergeblich. Es fand sich eine sogenannte „Panotitis“, d. h. allgemeine Beteiligung der Ohrenabschnitte an der Entzündung. Leo Jacobi (New York).

A. Lewy (Frankfurt a. O), Über die Frühformen der Scharlachotitis und deren Bösartigkeit. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. 44. 4.) Nach ausführlicher Literaturübersicht über die Scharlachotitis teilt Verf. einen Fall mit, in welchem die Mittelohreiterung vor dem Exanthem auftrat. Am zweiten Tage der Entzündung wurde das Trommelfell parazentesiert. Am neunten trat das Scharlachexanthem auf. Daran schloß sich eine sehr heftige Scharlachangina mit bedeutender Schwellung und mit Belägen des Rachens und der Mandeln, sowie Schwellung der Halslymphdrüsen, Zunahme der Ohreiterung und Schwellung des äußeren Gehörgangs. Die nächtlichen Ohrenschmerzen wurden stärker, der Ausfluß wurde profus und übelriechend; starker Druckschmerz am Warzenfortsatz

trat ein; Fieber bis 39,2. Die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes ergab kariöse Einschmelzung des ganzen Warzenteils. Trotz gründlicher Ausräumung blieb der Ohreiter und das Wundsekret stinkend. Die hintere Gehörgangswand wurde teilweise nekrotisch und erst nach drei Nachoperationen wurde das Ohr trocken.

Krebs (Hildesheim).

P. A. Eitelberg (Wien), Spontane Wiederkehr des Hörvermögens in einem Falle von totaler Taubheit post scarlatinam. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. 45. 2.) Totale Taubheit, welche durch skarlatinöse oder diphtherische Mittelohrprozesse entsteht, gilt als unheilbar. Folgende Krankengeschichte scheint zu zeigen, daß Ausnahmen von dieser Regel vorkommen:

Ein 10jähriges Mädchen erkrankte im Verlauf eines leichten Scharlachs an beiderseitiger kurzdauernder Mittelohrentzündung links mit, rechts ohne Perforation des Trommelfells, wobei das Gehörvermögen vollständig verloren ging. E., welcher das Kind 10 Wochen später untersuchte, fand normale Trommelfelle und vollkommenes Fehlen der Gehörperzeption. Der Charakter des Kindes hatte inzwischen nach Angabe des Vaters sich stark verändert; es war jähzornig geworden, mied die Gesellschaft der Geschwister und übertrug seine Liebe ausschließlich auf Tiere. Eine erhebliche und konsequente Therapie wurde nicht durchgeführt. Der Zustand blieb zunächst unverändert. 7 Monate später traf die erste frohe Botschaft ein: Das Kind höre Orgeltöne und Glockengeläute. 2 Monate darauf bei einer Unterhaltung fing das Kind auf einmal an zu hören und sich am Gespräch zu beteiligen. Der Zustand erwies sich erfreulicherweise als dauernd.

(Sollte hier nicht Hysterie im Spiele gewesen sein? Referent.)

Krebs (Hildesheim).

R. Haug (München), Das Anästhesin in der Therapie der Gehörgangsentzündungen und zur lokalen Anästhesie bei Trommelfellparazentese. (Archiv für Ohrenheilkunde. 58. 3. u. 4.) Das Anästhesin, in 3—10%iger öliger oder alkoholischer Lösung in den Gehörgang gebracht, vermag die Schmerzhaftigkeit furunkulöser und ähnlicher Gehörgangsentzündungen für zwei und mehr Stunden zu vermindern. In Verbindung mit Karbol- oder Salicylsäure, sowie mit Thymol, Menthol oder Naphthol bewährt es sich bei trocknen, chronischen Ekzemen der Ohrgegend; auch bei einfachem oder diabetischem und arthritischem Pruritus am Ohr. Für die schmerzlose Ausübung der Trommelfellparazentese kommt Anästhesin nicht in Betracht.

Krebs (Hildesheim).

Lermoyez, L'hygiène de l'oreille dans l'enfance. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. Jahrgang 6. S. 667.) Bei Neugeborenen soll der Gehörgang nach Reinigung von Vernix caseosa durch etwas Watte verschlossen werden. Besondere Obacht ist ferner darauf zu geben, daß beim Baden oder beim Trinken keine Flüssigkeit ins Ohr gelangt. Der Gehörgang braucht nur einmal wöchentlich gereinigt zu werden. Die Kinder dürfen keine Mützen tragen, welche die äußere Ohrmuschel gegen den Kopf drücken; sorgfältige

Reinigung der Ohrmuschel notwendig, besonders auch hinterm Ohr zur Vermeidung von Intertrigo. Verboten sind starke Bewegungen und Kälte, sowie starke Geräusche. Die Nase soll sorgfältig überwacht werden. Bei älteren Kindern ist ebenfalls Rücksicht zu nehmen auf die Kopfbedeckung, insofern, als sie die Ohren nicht in falsche Stellung bringen sollen, wohl aber die Ohrmuscheln gegen Erfrieren schützen. Gegen abstehende Ohren empfiehlt Verf. die Anwendung eines einfachen breiten Seidenbandes. Verboten ist das Ziehen an den Ohren sowie Ohrfeigen, ebenso das Tragen von Ohrringen. Zur Reinigung des Ohres empfiehlt L. das Austupfen mit Watte, warnt aber vor Ausspritzungen. Zum Schutz des Mittelohres ist sorgfältige Überwachung der Nase (nasale Atmung) und Mundpflege angezeigt.

Schreiber (Göttingen).

Ernö Deutsch, Prophylaxe, Therapie und Pädagogik der Taubstummheit. (Orvosok lapja. 1904. No. 6.) Die Prophylaxe der Degeneration ist die der Taubstummheit. Die intra- und extrauterine Hygiene, der Kampf gegen Lues, Tuberkulose und Alkoholismus sind wichtige Faktoren in der Prophylaxe der Taubstummheit. Die Therapie besteht in Behandlung der Erkrankungen des Ohres, der Nase, des Rachens und in Überwachung der Hörübungen. Der Arzt möge den Pädagogen aufmerksam machen, daß bei Verwüstung des Labyrinthes die Hörübungen keine Erfolge haben können. Die deutsche Methode ist die einzig richtige zur Ausbildung der Taubstummen.

Ernö Deutsch (Autoreferat).

Haug, Verbrennung des Gehörganges und Trommelfells durch starke Karbolsäure. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1903. No. 20.) Einem 7jährigen Mädchen wollten die Eltern eines Nachts eine Ohreinträufelung machen, sie vergriffen sich und nahmen dazu 50%ige Karbolsäure, die einmal aus einer Drogerie geholt worden war. Das Kind schrie sofort vor Schmerz auf, so daß nur einige Tropfen des Karbols ins Ohr kamen. Diese genügten aber, um eine starke Verätzung herbeizuführen, die sowohl von einer Oberflächeneiterung der verätzten Partien des Gehörganges wie von einer ziemlich profusen Eiterung aus der Paukenhöhle nach Spontandurchbruch des Trommelfells gefolgt war. Bei geeigneter Behandlung kam es zwar zur Heilung und völligen Wiederherstellung des Gehörvermögens, aber der Fall mahnt doch wieder, solche hochprozentige Karbollösungen Laien nicht in die Hand zu geben. Grätzer.

Menahem Hodara, Zwei Fälle von Verbrennung mit Unnaschem Chloral-Camphor-Salbenmull behandelt. (Mon. f. prakt. Dermat. 15. März 1904.) Besonders bei kleinen Kindern empfiehlt Verf. wegen der Einfachheit ihrer Anwendung und der schmerzstillenden Wirkung diese Methode auf das wärmste. In einem Falle von Verbrennung des Penis und der Pubes und einem weiteren Falle von Verbrennung der Finger durch Petroleumflammen mit Blasen- und Geschwürsbildung erzielte er mit jenem Salbenmulle, der 2mal täglich erneuert wurde, vollständige Heilung. Max Joseph (Berlin).

D. Róna, Beitrag zur Behandlung der Zwerchfellverletzungen. (Aus dem jüd. Spital in Baja.) (Deutsche med. Wochen-

schrift. 1904. No. 24.) 15jähriger Lehrling erlitt am 5. Juni 1902 einen Messerstich in die Seite von einem seiner Kameraden. Sein Zustand war folgender: Auf der linken Brustseite befindet sich in der medialen Axillarlinie zwischen achter und neunter Rippe eine quere, 5 cm lange, in den Brustkorb dringende, frische Wunde, durch welche ein 8 cm langes Netzstück vorlag. Bauch in der linken oberen Hälfte etwas empfindlich, sonst keine Abnormitäten zeigend. Puls 100, R. 23. Aus diesem Befunde war eine Verletzung der Pleura samt Zwerchfell zu konstatieren.

Zur Versorgung der Verletzung entschloß sich R. zu der transthorakalen Methode und machte nach vorhergegangenen Schleichschen Infiltrationen die achte Rippe frei, von welcher er ein 15 cm langes Stück bis zum Knorpel entfernte. Auf solche Weise bekam er nach Auseinanderziehen der Wundränder einen breiten Zugang zur Pleurahöhle und zu der Verletzungsstelle des Zwerchfells und konnte konstatieren, daß das Zwerchfell einen 4 cm langen Spalt zeigt, durch welchen obengenanntes Netzstück durchschlüpfte. Letzteres hatte R. durch die Zwerchfellswunde stark angezogen und nach vorhergegangener Unterbindung reseziert. Der Stumpf wurde in die Bauchhöhle versenkt. Durch die erweiterte Zwerchfellswunde konnte die ganze obere Bauchpartie durchforscht werden. Nachdem sämtliche anliegenden Organe unverletzt waren, wurde — um die Entstehung einer späteren Zwerchfellhernie zu verhüten — der obere Rand der Zwerchfellswunde mit der Pleura parietalis präzis vereinigt. Auf diese Art wurde der Brustkorb gegen die Bauchhöhle vollkommen verschlossen. Die zurückgebliebene lineare Hautwunde wurde bis zur unteren Ecke vernäht, und sind bloß einige Streifen steriler Gaze in die Bauchhöhle geführt worden. Nach einem ganz fieberlosen Verlauf hatte R. die Streifen am sechsten Tage entfernt, und der Kranke ging am 12. August ganz gesund und geheilt aus dem Krankenhause.

Grätzer.

H. Rubritius, Über Pfählungsverletzungen. (Aus Wölflers chirurg. Klinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1903. No. 47 u. 48.) R. beschäftigt sich speziell mit den Pfählungsverletzungen mit Eröffnung des Peritoneums. Außer den 47 derartigen Fällen, die bereits Stiassny 1900 zusammengestellt hat, führt R. noch vier weitere Fälle aus der Literatur an und fügt eine eigene Beobachtung hinzu. Dieselbe betrifft einen 8jährigen Knaben, der 5 Stunden, ehe er in die Klinik gebracht wurde, von einem Baume aus einer Höhe von 3 m auf einen Ast eines Hollunderstrauches so aufgefallen war, daß dieser im Bereiche des Hodensackes in den Unterleib eindrang, abbrach und im Abdomen stecken blieb. Die Richtung, in welcher die Pfählung erfolgte, war die von unten nach oben und parallel zur Längsachse des Körpers. Das pfählende Instrument drang aber am Skrotum ein; dabei wurden je ein Stück Tuch aus der Hose und ein Stück aus der Haut des Skrotums ausgerissen und an der Spitze des pfählenden Stabes durch den ganzen Pfählungskanal bis ans Ende desselben fortbewegt. Der Holzstab geriet hinter den rechten Hoden zwischen Samenstrang und Schambein, von da weiter innerhalb der Schichten der Bauchdecken und drang zwei Querfinger über dem

Nabel unter spitzem Winkel in die Bauchhöhle ein, um an der Unterfläche der Leber ein Hindernis zu finden und die mitgerissenen Stücke daselbst zu deponieren. Zu einer Organtherapie kam es nicht. Trotzdem war der Fall entschieden ein recht ernster, und war die sofortige Laparotomie entschieden indiziert, schon weil man nicht wissen konnte, ob außer dem Stabe noch andere Fremdkörper eventuell zu entfernen wären und ob eine Organverletzung vorlag, die eventuell chirurgische Hilfe erforderte. Ersteres war ja auch der Fall, und war die Heilung des Pat. sicher der Laparotomie mit zu verdanken. Es sind jetzt zusammen 52 derartige Verletzungen publiziert worden mit 29 Todesfällen; von 15 Laparotomierten starben 5. Es stellt sich eine Gesamtmortalität von $56\,^0/_0$, eine Mortalität der laparotomierten Fälle von $33\,^0/_0$ heraus. Man kann also wohl sagen, daß bei allen Pfählungsverletzungen, welche nach dem Ort, wo das pfählende Instrument in den Körper eindrang, nach der Länge desselben, nach die Pfählungsrichtung usw. eine Eröffnung der Bauchhöhle vermuten lassen, auch beim Fehlen von Symptomen, welche auf Verletzung intraabdominaler Organe hindeuten, die Laparotomie sogleich vorzunehmen ist.

Grätzer.

Hans Lorenz, Ein Fall von Peritonitis mit ungewöhnlicher Grundursache. (Aus Prof. Hocheneggs Abteilung der Wiener allgem. Poliklinik.) (Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 14.)

Der $3^1/_2$jährige Knabe wurde in schwerkrankem Zustande eingebracht, obwohl er erst seit 2 Tagen krank war. Nach der Anamnese und dem Befunde mußte L. „Peritonitis diffusa wahrscheinlich infolge von Appendicitis“ diagnostizieren. Trotz absolut letaler Prognose wurde auf Wunsch des Vaters operiert. Es zeigte sich zunächst, daß der Wurmfortsatz keineswegs das primär erkrankte Organ sein konnte. Auch sonst wurde beim Absuchen des Abdomens keine Ursache für die Bauchfellentzündung gefunden. Es wurde nur eine retroperitoneale Phlegmone entdeckt, deren sekundäres Übergreifen aufs Peritoneum man annehmen mußte. Vor dem Eingriff bemerkte L. allerdings an der kleinen Zehe des rechten Fußes eine von einer Exkoriation herrührende, etwa hellerstückgroße Borke ohne Sekretverhaltung darunter und ohne Infiltration der Umgebung, maß aber diesem Befunde natürlich keine weitere Bedeutung bei. Nachher, als die Peritonitis sich als eine fortgeleitete entpuppte, war die Möglichkeit doch nicht von der Hand zu weisen, daß es auf dem Wege der Lymphbahnen von der Exkoriation aus zu der retroperitonealen Phlegmone und weiter zur Entzündung des Bauchfells gekommen war. Das Kind starb bald nach der Operation, und bei genauer Absuchung der rechtsseitigen inguinalen Lymphdrüsen fand sich eine, die einen mit dicken Eiter erfüllten Abszeß enthielt. In diesem Eiter wie auch in dem der retroperitonealen Phlegmone ergab die Untersuchung Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur.

Es war also offenbar infolge jener Exkoriation die eine inguinale Drüse vereitert und anschließend daran die Phlegmone entstanden, die ihrerseits die Quelle der Peritonitis wurde. Daß sich der ganze Prozeß an der rechten Seite abspielte, daß es gerade zu den stärksten Fibrinbelägen in der Ileokoekalgegend kam, war bloßer Zufall. Es hatte zur Folge, daß in der Narkose eine Resistenz in der Ileokoekalgegend abgetastet werden konnte, daß man Appendicitis annahm, bis der Wurmfortsatz seine Unschuld ad oculos demonstrierte.

Grätzer.

Fulvio Rossi, Die primäre Streptokokkenperitonitis bei Kindern. (Rivista di Clinica Pediatrica. Sept. 1903.) **Im Anschluß**

an einen genau berichteten Fall, dem er die drei in der Literatur beschriebenen, von Lorrain, Stooß und Broca vorausschickt, kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die primäre Staphylokokkenperitonitis im Kindesalter ist sehr selten.

2. Den klinischen Symptomen nach ist sie nicht zu unterscheiden von den übrigen Formen eitriger Peritonitis.

3. Nur die Probepunktur und die bakteriologische Untersuchung können zur Diagnose führen.

4. Für die Praxis kommt, welches auch der Erreger der eitrigen Peritonitis im einzelnen Fall sein möge, als einziges therapeutisches Mittel stets die Laparotomie in Betracht. F.

Franzesco Gaita, Beitrag zum Studium der Pneumokokkenperitonitis beim Kinde. (Rivista di Clinica Pediatrica. Dezember 1903.) Auf Grund von 5 Fällen eigener Beobachtung, deren Krankengeschichte Verf. wiedergibt, und auf Grund der in der Literatur vorhandenen Angaben kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen:

Die Pneumokokkenperitonitis ist bei Kindern ziemlich häufig und zwar ist das weibliche Geschlecht dazu besonders prädisponiert. Die Pathogenese ist keine einheitliche; die Peritonitis kann entstehen durch Ausbreitung des Pneumococcus vom Darm, der Pleura, den weiblichen Genitalien her und wahrscheinlich auch auf dem Blutwege. Schreitet man beizeiten ein, so ist für die zirkumskripten Formen die Prognose gut; verzüglich der diffusen muß man sich reserviert verhalten.

Die 5 Fälle des Verf.s wurden alle durch den chirurgischen Eingriff geheilt. F.

G. A. Sutherland, Die Prognose der tuberkulösen Peritonitis bei Kindern. (Arch. of Ped. Februar 1903.) Nach S. ist im allgemeinen die Prognose der nicht komplizierten tuberkulösen Peritonitis bei Kindern eine gute; so konnte er unter 41 Fällen, 29 mal Heilung, 11 Todesfälle und eine Besserung beobachten. Für einfache Fälle ist die medizinische Behandlung vorzuziehen, während die Chirurgie nur bei Komplikationen gute Resultate geben kann. Die Prognose wird auch dnrch gleichzeitiges Bestehen von Pleuritis nicht verschlechtert. Heredität, schlechte hygienische Verhältnisse, schlechte Ernährung und besonders schwere Infektion verschlimmern die Prognose. Kontinuierliches Fieber, rasche Abmagerung, Tachykardie und persistierende Diarrhöe sind als schlechte Zeichen zu betrachten. Ebenso das Bestehen von tuberkulösen Geschwüren des Darmes, ausgebreitete Verkäsung der Mesenterialdrüsen, Perforationen einer verkästen Drüse in den Darm, oder in die Peritonealhöhle, das Auftreten von Lungentuberkulose. Meningitis oder Miliartuberkulose.

Die einfache Laparotomie ist nicht imstande, die Prognose der in Rede stehenden Krankheit wesentlich zu beeinflussen.

E. Toff (Braila).

Charles Leroux, Die marine Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. (Arch. de médicine des enf. Juni 1903.) Die marine Behandlung hat eine ausgezeichnete Wirkung auf lokale, chirurgische

Tuberkulosen, unter der Bedingung, daß dieselbe möglichst frühzeitig und genügend lange Zeit angewandet werde. Hiervon ausgehend hat L. dieselbe auch in einem Falle von manifester tuberkulöser Bauchfellentzündung angewendet und vollständige Heilung erzielt. Die 11jährige Pat. lag den ganzen Tag am Meeresstrande, bekam täglich eine lauwarme Abwaschung mit Meerwasser und wurde einer Überernährung mit rohem Fleisch und rohen Eiern unterworfen. Anfangs wurden auch Injektionen von Guajakolöl, 1 g täglich, vorgenommen. Innerhalb 15 Monaten stieg das Körpergewicht von 27 auf 41 kg, wurde der Bauch weich, schmerzlos, verschwanden die periombilikalen Verhärtungen, das Erbrechen hörte auf, ebenso die hartnäckige Verstopfung und das allgemeine Aussehen wurde ein vorzügliches. L. ist der Ansicht, daß die marine Behandlung nach dem Verschwinden der akuten Symptome zur Anwendung gebracht werden soll und daß ihre Resultate wahrscheinlich bessere sein werden als jene der chirurgischen Intervention. E. Toff (Braila).

John W. Braunau, Appendicitis in Children. (Medical Record. 30. April 1904.) Verf bedauert die Armut der Literatur über Appendicitis im Kindesalter, denn die Krankheit kommt gar nicht so selten bei Kindern vor.

Die klassischen Symptome, also plötzlicher Schmerz in der rechten Fossa iliaca nebst Druckempfindlichkeit und Erbrechen sind nicht häufig vorhanden. Namentlich wird der Schmerz von Kindern schlecht lokalisiert. Man achte bei der Untersuchung mehr auf den Gesichtsausdruck des Kindes als auf dessen Angaben.

Manchmal fühlt man einen Tumor oder eine Resistenz, wonach alle Zweifel unzulässig sind. Ebenso entscheidend ist Rigidität des rechten Rectusmuskels, als Ausdruck des reflektorischen Krampfes an der entzündeten Stelle.

Die Behandlung ist vorwiegend eine operative, doch sei man nicht übereilt, so lange man keine sichere Diagnose gestellt hat.

Leo Jacobi (New York).

W. F. Jackson, A case of Prenatal Appendicitis. (American Journal of the Médical Sciences. April 1904.) Bei der stets zunehmenden Verbreitung der Appendicitis in den Vereinigten Staaten erscheint es als sehr passend, daß die erste Beobachtung über angeborene Appendicitis hierzulande gemacht worden ist.

Ein völlig gesundes Kind starb 40 Stunden nach der Geburt an Sublimatvergiftung. Die gerichtliche Sektion förderte einen Wurmfortsatz zutage, der deutliche Zeichen einer eben abgelaufenen Entzündung bot. Leo Jacobi (New York).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

I. Versammlung der Sezione Emiliana der Italienischen Gesellschaft für Pädiatrie.

(Bologna, 20. Dec. 1903.)

Acquaderni (Bologna): **Beitrag zur Kasuistik der multiplen Sklerose im Kindesalter.**

Vorstellung eines 8jährigen Mädchens, das sehr häufig an Darmstörungen litt. Nach einer solchen besonders heftigen fieberhaft verlaufenden traten vor 3 Jahren die ersten Zeichen der Nervenkrankheit auf. A. führt diese auf eine chronische Autointoxikation intestinalen Ursprungs zurück.

Bellinato (Bologna): **Beitrag zum Studium der Meningealinfektion.**

Bei einem 20 Monate alten Kinde, das an Bronchopneumonie und Keuchhusten erkrankt war, entwickelte sich eine tuberkulöse Meningitis. Die durch Lumbalpunktur extrahierte Flüssigkeit enthält vorwiegend Lymphozyten, die bakteriologische Untersuchung ist negativ; Glykosereaktion positiv; Eiweißgehalt $1/_2$ ‰. Bei der Sektion findet man Ödem und Hyperämie des Gehirns und der Meningen; keine Exsudate.

Berti Giovanni: **Kataleptoide Zustände bei einem 9jährigen Mädchen.**

Das Kind blieb nach einem Typhus im Alter von 5 Jahren physisch und psychisch sehr zurück und zeigte kataleptische Zustände; Heilung trat ein unter Gebrauch von Kakodyl und hygienischen Maßnahmen. G. schließt sich der Ansicht Brissauds an, daß die Katalepsie in diesen Fällen der Ausdruck einer durch Funktionsbeschränkung der Hirnrinde bedingten Passivität sei.

C. Comba (Bologna): **Betrachtungen über einen Fall von zystischem Nierentumor.**

$10^1/_2$jähriges Mädchen. Bei der Operation fand man einen polyzystischen Tumor, der dort lag, wo normaliter der Dünndarm liegt, kontinuierlich mit der Milz zusammenhing und in der Tiefe dem oberen Pol der rechten Niere aufsaß, welche stark vergrößert war. In dem exstirpierten Tumor fand man bei der histologischen Untersuchung Glomeruli und andere Nierenelemente. Der Tumor hatte seit 2 Jahren bestanden, Urin war stets normal gewesen.

Frontini (Bologna): **Über Ausscheidung von Kalisalzen durch den Urin im Kindesalter.**

Auf Grund der Untersuchungen, die nach der Methode von Autenrich und Berheim angestellt wurden, kommt F. zu dem Ergebnis, daß bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen die Ausscheidung der Kalisalze in direktem Verhältnis zu der Ernährung steht. Im ersten Lebensjahr ist die Differenz zwischen eingeführtem und ausgeschiedenem Kali beträchtlich, nimmt aber mit dem Alter rapide ab.

Malagodi-Alberone di Cento: **Askariden bei einem epileptischen Kinde.**

Die Anwendung von Anthelmindicis brachte bei dem 8jährigen Kinde erhebliche Besserung der epileptischen Anfälle herbei.

Melli-Bologna: **Beitrag zum Studium der Noma.**

In dem von ihm beobachteten Fall hat Verf. dünne und mit der Weigertschen Fibrinfärbemethode färbbare Bazillen gefunden; sie sind identisch mit den von andern Autoren (Guizzetti, Comba) beobachteten. Kulturverfahren ergab Kolonien von Staphylococcus aureus und albus. M. hält die Noma nicht für durch einen spezifischen Krankheitserreger bedingt.

Mongardi-Bologna: **Beitrag zur Kasuistik der adenoiden Vegetationen.**

M. führt Fälle von Laryngospasmus und Chorea an, die durch Abtragung von adenoiden Vegetationen geheilt wurden; ebenso sah er Besserung durch diese Operation bei Enuresis nocturna, Stottern usw.

Poppi-Bologna: **Der Keuchhusten bei Kindern während der ersten Lebensjahre.**

Fieber wurde selten angetroffen; der Allgemeinzustand war sehr beeinträchtigt. Die Sterblichkeit betrug 4%.

Pezzetti-Bologna: **Beitrag zum klinischen Studium der Lungentuberkulose im späteren Kindesalter.**

P. gibt einen Überblick über den klinischen Verlauf der Lungentuberkulose bei Kindern im Alter von 7—15 Jahren; er behandelt speziell die Tachykardie und die Beziehungen zwischen Puls und Temperatur bei dieser Erkrankung.

Rossi-Bologna: **Über den diagnostischen Wert der Cytodiagnostik der Vesicantienflüssigkeit.**



R. hat in 50 Untersuchungen gefunden, daß die eosinophilen Leukozyten vermindert oder fehlend sind bei tuberkulösen Formen im allgemeinen, während der akuten Periode der Infektionskrankheiten und bei Rachitis, vermehrt dagegen in der Reaktionsperiode der akuten Infektionen und bei Anchylostomumkrankheit.

Valvasori-Bologna: **Über einen Fall von Cerebrospinalmeningitis durch Streptococcus pyogenes.**

Das klinische Bild entsprach dem einer Pneumokokkenmeningitis, die bakteriologische Untersuchung der durch Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit wie des Exsudats in den Meningen post mortem ausschließlich dem Streptococcus pyogenes ergaben.

Zambelli-Verona: **Über den diagnostischen Wert der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit.**

Die Untersuchung in 100 Fällen verschiedener Erkrankung ergab:

A. Physikalische Zeichen: Druck und spezifisches Gewicht sind bei fast allen Fällen von Erkrankung der Meningen erhöht. Das Spinnenweb-Coagulum ist charakteristisch für tuberkulöse Meningitis. Die Durchgängigkeit der Meningen war negativ für Methylenblau und Jodkali.

B. Gemischte Charaktere: Reaktion immer alkalisch. Albumen in geringer Menge (1,5‰—2,5‰) bei nichtentzündlichen Affektionen; bei Bronchopneumonie mit Meningismus fand Z. erhöhten Eiweißgehalt. Glykose war bei tuberkulösen Formen in geringer Menge vorhanden.

C. Histologischer und bakteriologischer Charakter: Absolutes Vorwiegen der Lymphozyten in allen Fällen von tuberkulöser Meningitis, bei der der Kochsche Bazillus nicht gefunden wurde; Vorwiegen von polynukleären Leukozyten in 2 Fällen tuberkulöser Meningitis, in denen sich zahlreiche Kochsche Bazillen fanden und bei Diplokokkenmeningitis. In den Fällen von Bronchopneumonie mit Meningealsymptomen war die Zahl der Leukozyten gegen die Norm etwas erhöht.

Sezione Veneta der Italienischen Gesellschaft für Pädiatrie.

30. Januar 1904.

Smaniotto: **Zwei Fälle von Cerebrospinalmeningitis mit Befund von B. haemophilus Pfeifferi.**

Demonstration mikroskopischer Präparate.

Luzzatto erwähnt einen analogen von ihm vor 4 Jahren in der klin. med. Presse beschriebenen Fall.

Berghinz: **1. Fall von Pseudoleukämie und myelogener Leukämie, akute lymphatische Leukämie mit Demonstration von Präparaten des Visceralblutes.**

2. Fall von spastischer Kinderlähmung bei einem 3jährigen vorher gesunden Knaben im Anschluß an Masern.

3. Fall von Lähmung des linken Okulomotorius (Strabism. externus, Pupillenträgheit), und des rechten Facialis.

Tedeschi: **Fall eines 11jährigen Knaben, der für einen Idioten gehalten wurde.**

B. glaubt, daß es sich hier nicht um wirkliche Idiotie, sondern um eine Mischform zwischen Myxödem, Infantilismus und Akromegalie handelt mit Vorherrschen der myxödematösen Erscheinungen. Erhebliche Besserung nach Anwendung einer Schilddrüsenbehandlung bestätigte diese Diagnose.

Plebs: **Fall von Barlowscher Krankheit** bei einem 20 Monate alten Mädchen. Dasselbe wurde die ersten 6 Monate von der Amme, dann mit gekochter Milch ohne Zusatz genährt. Dentition begann im sechsten Monat, später oft Darmstörungen. Das Kind kann nicht laufen, konnte nie die Füße bewegen, die schmerzhaft waren; später verloren auch die oberen Extremitäten ihre Beweglichkeit. Deutliche Zeichen von Rachitis. Am auffallendsten ist die erhebliche Vergrößerung der Diaphysen an den langen Röhrenknochen; am linken Femur, sowie an den letzten Rippen links finden sich wahre Infrakturen. Bei der Berührung dieser Knochenschwellungen schreit das Kind heftig. Besserung nach Verabreichung roher Milch und Zitronen- und Orangensaft. F.



Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 10.)

Sitzung vom 30. Januar 1904.

Herr Kirchgessner-Würzburg: **Über einen Fall von subkutanem Emphysem beim Neugeborenen.**

Vortragender berichtet über einen Geburtsfall, bei welchem wegen Vorfallen der Nabelschnur nach vergeblichen Repositionsversuchen Wendung und Extraktion gemacht worden war. Noch vor vollendeter Geburt des Kindes wurde an der Brustseite desselben eine kleine Geschwulst bemerkt, die sich nachher als subkutanes Emphysem erwies. Das tief asphyktische Kind wurde nach 10 Minuten wiederbelebt. Unterdessen hatte die Anschwellung, die bei jeder Exspiration zunahm, die linke Seite des Halses und der Brust ergriffen. Da einzelne Stellen bis zu Haselnußgröße aufgetrieben waren und zu bersten drohten, wurde die Lutt durch Streichen mit dem Finger nach dem Jugulum weggedrängt und sodann ein Kompressivverband angelegt.

In den ersten 3 Tagen verbreitete sich das Emphysem noch über die linke und zum Teil auch über die rechte Seite des Rückens. Die rechte Brustseite blieb frei. Vom 6. Tage an konnte ein allmählicher Rückgang des Emphysems konstatiert werden. Am 10. Tage wurde das Kind völlig gesund und ohne irgend welche nachweisbaren Spuren von Emphysem aus der Anstalt entlassen.

Von Verletzungen der Klavikula oder der Rippen war weder direkt nach der Geburt noch späterhin etwas wahrzunehmen. Auch eine am 7. Tage p. p. vorgenommene Durchleuchtung des kindlichen Körpers ließ keinerlei pathologische Verhältnisse erkennen.

Vortragender erklärt sich den Fall so, daß nach erfolgter intrauteriner Atmung die Luft während der Extraktion am Ausstreichen verhindert war, und daß infolge des gesteigerten Druckes in den Lungen ein interstitielles Emphysem sich ausbildete. Die Luft wird dann dem Verlaufe der Bronchi folgend zum Mediastinum auticum und von hier aus unter die Haut gelangt sein.

Diskussion: Herr Frisch-Würzburg erinnert an das ähnliche Bild des idiopathischen, subkutanen Wundemphysems.

Herr Riedinger-Würzburg konstatiert, daß die Gegend des Musc. sternocleidomastoideus an sich zu kleinen Verletzungen intra partum sehr geeignet ist.

Herr Veit ist der Meinung, daß in dem Falle das Kind intrauterin Luft eingeatmet habe und nun der Exspiration sich irgend ein Hindernis entgegenstellte — Schleim usw. — und daß nun bei also geschlossener Glottis eine kräftige Exspiration zur Zerreißung der Alveolen führte mit dem Erfolge des interstitiellen Emphysems, das man bei Sektionen mehrfach sieht, und dem ersten Erscheinen der Luft im Jugulum.

Herr Hess-Würzburg (als Gast): **Die Augeneiterung der Neugeborenen.**

Hess betont die Notwendigkeit energischerer Maßregeln gegen die Blennorrhöe, da noch immer eine nicht ganz kleine Zahl von Kindern (in manchen Augenkliniken über 1 Proz. der Kranken) an Blennorrhöe erkrankt und ca. 20 Proz. aller in Anstalten untergebrachten Blinden an Blennorrhöe erblindet sind. Das typische Bild der Blennorrhöe wird nicht nur durch den Gonokokkus, sondern auch durch andere Mikroorganismen, wie z. B. Pneumokokkus, Bacterium coli, Streptokokkus u. a. hervorgerufen; es ist danach zu hoffen, daß manche Schwierigkeiten, die insbesondere von Laien bisher oft unseren prophylaktischen Maßnahmen entgegengestellt worden sind, künftig wegfallen. In den deutschen Frauenkliniken ist die Blennorrhöe unter Anwendung des Credéschen Verfahrens fast ganz verschwunden, während sie insbesondere in der Hebammenpraxis der unbemittelten Stände gegen früher nicht abgenommen hat. Es erscheint danach dringend erwünscht, daß der Credésche Tropfen (eventuell in nur 1 proz. Lösung) für die Hebammen obligatorisch gemacht werde. Dauernde Schädigungen durch den Tropfen, bei richtiger Anwendung der Methode, sind nicht nachgewiesen. Die für die bayerischen Hebammen vorgeschriebene fakultative Credéisierung bei verdächtiger Erkrankung der mütterlichen Geburtswege ist unbedingt zu verwerfen, unter anderem schon deshalb, weil Blennorrhöen auch bei anscheinend normalem Befunde jener beobachtet werden. Mindestens ebenso wichtig, wenn nicht noch wichtiger als obligatorische Credéisierung ist die Einführung der Anzeigepflicht für die Hebammen, die mit allen Mitteln erstrebt werden muß.

In der Therapie der ausgebrochenen Blennorrhöe ist das Wichtigste die möglichst häufige (alle Viertelstunden, Tag und Nacht) Entfernung des Eiters aus dem Bindehautsacke mittels Durchspülung desselben. Umschläge — auch mit Eis — können eher schaden als nützen. Wenn die richtige Behandlung eingeleitet wird, solange die Hornhaut noch intakt ist, kann die Erblindung mit fast voller Sicherheit verhütet werden.

Diskussion: Herr Veit hebt dankend den großen Wert der Mitteilung des Vortr. hervor, besonders die Angabe, daß auch andere Keime als der Gonokokkus die Erreger der Erkrankung sein können. Vortr. berichtet, daß in Holland, wo die Geburtshilfe viel mehr als bei uns in den Händen der Ärzte liegt, kurz bevor er das Land verließ, von einer Wohltätigkeitsstiftung die Bitte an die Ärzte gerichtet wurde, kongenital Erblindete nachzuweisen, da gar keine derartigen Menschen in genügender Anzahl sich zur Aufnahme gemeldet hatten; ein sprechender Beweis für die Abnahme der Erkrankungen seit der Einführung des Credéschen Verfahrens.

Nur einmal hat Vortr. eine stärkere Anätzung des ganzen Gesichtes durch das Verfahren gesehen, die durch Ungeschicklichkeit der Hebamme entstand, sonst sah er nie einen Nachteil.

Herr Hofmeister bezweifelt die Möglichkeit der Durchführung der Anzeigepflicht.

Herr Hess (Schlußwort) hält die 2%ige Lösung für unbedenklich; wenn unnötig angezeigt würde, so sei das kein Nachteil.

Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

(Nach der Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 13. Februar 1904.

Herr v. Mangoldt: **Chirurgische Demonstrationen.**

1. Vorstellung eines 21 jährigen Mädchens mit **doppelseitiger angeborener Hüftgelenksluxation**, bei welcher die Adduktionsstellung der Beine eine so hochgradige war, daß sich dieselben in den Kniegelenken kreuzten und in der Höhe der Kniegelenke kaum faustbreit auseinander zu bringen waren. Der Gang war dadurch außerordentlich behindert, indem beim Gehen ein Knie um das andere im Bogen unter starkem Hin- und Herwiegen des Oberkörpers herumgeführt werden mußte.

Die Behandlung bestand in schräger Osteotomia subtrochanterica beiderseits in 2, ein halbes Jahr auseinanderliegenden Sitzungen mit nachfolgender starker Gewichtsextension in extremer Abduktionsstellung des operierten Beines.

Das Mädchen geht zurzeit ohne sichtbares Hinken umher, vermag die Kniee aktiv bis zu 42 cm, die Füße bis zu 82 cm auseinander zu spreizen, sie macht die volle Kniebeuge, und sind beide Beine durch die Operation um 5 cm verlängert worden.

Redner empfiehlt das angewandte Operationsverfahren besonders für die Fälle veralteter angeborener Hüftgelenksluxationen, wo infolge der hochgradigen Adduktionsstellung der Beine das Gehen nur noch mühselig von statten geht und wo es sich bei Mädchen darum handelt, die Deformität behufs Eingehen der Ehe nach Möglichkeit auszugleichen.

Die vor und nach der Operation angefertigten Röntgenbilder zeigen, wie bei bestehengebliebenem Hochstand der Schenkelköpfe über den Pfannen sich die Oberschenkelknochen an der Osteotomiestelle in Winkelstellung gegen die Pfanne anstützen und hier gewissermaßen in einem zweiten Gelenk artikulieren.

2. **Übertragung ungestielter Periostknochenlappen zur Heilung von Pseudarthrosen und Knochenhöhlen.** Vortr. demonstriert seine Methode an zwei geheilten Knaben im Alter von 8 und 10 Jahren.

Bei dem einen Knaben wurde ein großer Defekt der Tibia nach Osteomyelitis, bei dem anderen eine große osteomyelitische Knochenhöhle an der Hinterseite und im unteren Drittel des Oberschenkels durch Übertragung eines ungestielten Periostknochenlappens aus der Vorderfläche der gesunden Tibia zum knöchernen Verschluß gebracht. Die vorgelegten Röntgenaufnahmen beider Fälle

zeigen in Serien das vom übertragenen Periost ausgehende frische Knochenwachstum in einem Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren und die Wiederherstellung annähernd normaler Knochenformen.

Sitzung vom 19. März 1904.

Herr Plettner demonstriert das von ihm kürzlich erwähnte Präparat eines **myelogenen Sarkoms des Tibiakopfes** bei einem Kinde. Es besteht im ganzen Umkreis des Caput tibiae eine nur dünne, augenscheinlich vom Periost neugebildete Knochenschale. Trotzdem ist auf der Röntgenplatte kaum etwas Besonderes zu sehen (Demonstration). Das Kind starb leider durch Herzstillstand in der Narkose, als eben mit der Operation begonnen werden sollte. Eine Erklärung für diesen Chloroformtod brachte die Sektion nicht. Wohl aber fanden sich auf der einen Herzklappe Auflagerungen, deren mikroskopische Untersuchung ein höchst überraschendes Resultat ergab, über welches Herr Schmorl sogleich berichten will.

Herr Schmorl: Demonstration von **Metastasen eines Osteochondrosarkoms der Tibia auf den Mitralklappen.**

Herr Schmorl berichtet über den am Herzen des von Herrn Plettner erwähnten Kindes erhobenen Befund. An der Muskulatur ließ sich, wie das ja gewöhnlich bei Chloroformtod, eine Veränderung nicht nachweisen, dagegen fanden sich am freien Rand der Mitralis drei hirsekorn- bis stecknadelkopfgroße, grauweiße Knötchen, die in jeder Hinsicht bei der makroskopischen Besichtigung den gewöhnlichen verrukösen Exkreszenzen glichen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich aber, daß dieselben aus unzweifelhaftem Geschwulstgewebe bestanden, und zwar fanden sich Herde aus Knorpelzellen mit Übergang in verkalkende Knochensubstanz, sowie außerdem typische Herde von Sarkomgewebe. Es liegt also hier der sehr seltene Fall einer Geschwulstmetastase eines in der Tibia primär lokalisierten Osteochondrosarkoms auf der Mitralklappe vor. Herr Sch. bespricht mit einigen Worten die Pathogenese der Klappenaffektion. Sonstige Geschwulstmetastasen sind bei der von anderer Seite ausgeführten Sektion nicht gefunden worden.

Herr F. Schanz: **Über das Sehenlernen blindgeborener und später mit Erfolg operierter Menschen.** (Mit Demonstration.)

Schanz operierte einen 6jährigen Knaben, dessen Sehvermögen von Geburt an infolge von Star herabgesetzt war auf Erkennen von hell und dunkel. Daß das Kind blind geboren war, hatten die Eltern gleich nach der Geburt an den weißen Pupillen erkannt. In den ersten Lebensjahren hatte es öfters Krämpfe, sonst war es nie krank gewesen. Sitzen, Stehen, Laufen, auch Sprechen hat es spät gelernt. Seine Nahrung bestand aus Kuhmilch, Ziegenmilch und Kindermehlen. Da es nie versucht hat, zu kauen, hat man sich auch keine Mühe gegeben, es ihm zu lehren, sondern hat es nur mit flüssigen und halbflüssigen Sachen gefüttert, die man ihm in den Mund goß. Wenn man ihm etwas Festeres in den Mund gab, machte er auch keinen Versuch, etwas abzubeißen oder zu kauen, ja er versuchte nicht einmal mit der Oberlippe den Löffel auszustreifen. War die Nahrung nicht ganz flüssig, war z. B. die Semmel nicht ganz aufgequollen und weich, so fuhr er sich mit dem Zeigefinger in den Mund und drückte die Speise mit dem Finger in den Schlund. Zucker in Stücken, Schokolade in Stücken in den Mund gegeben, holte er wieder heraus, er wußte nicht, daß das etwas Gutes war. Wurde der Kaffee sehr süß gemacht, so wußte er, daß das etwas Besonderes war. Eier, Hering, Wurst, Käse in den Mund gegeben, holte er wieder heraus, er wußte nicht anzugeben, was es war. Es machte den Eindruck, als ob der Pat. einen angeborenen Defekt in der Geschmackswahrnehmung und Defekt in der Innervation der Schluckmuskulatur besäße, es hat sich aber gezeigt, daß das nicht der Fall war. Der Knabe kann jetzt ganz ordentlich kauen, kann die Speisen unterscheiden und allein essen.

Mit seinen Augen unterschied er nur hell und dunkel. Alle Gegenstände, die man ihm in die Hand gab, betastete er nach allen Richtungen und führte sie auch vor das Auge. Dabei stellte er sich immer gegen das Licht, legte den Gegenstand unmittelbar an die Augenhöhlenränder und zog ihn am Auge vorbei. Er prüfte so den Schatten, den die Lichtquelle von dem Gegenstande in seinem Auge erzeugte. Gab man ihm z. B. eine gefaßte Linse, wie sie zum Augenspiegeln gebraucht wird, so sagte er, nachdem er sie auf diese Weise geprüft: „Das ist e Guckel!“ Er hatte erkannt, daß die Mitte durchsichtig war. Gab man ihm farbige Gläser, so hielt er sie in gleicher Weise ans Auge und rief: „Das ist e

Glasel.“ Auf die Frage, wie es aussieht, sagte er: „Ja, das sieht aus!“ Auch farbige Wollproben hielt er in gleicher Weise an das Auge und sagte: „Das sieht aus!“ Er merkte also, daß die Sachen farbig waren, aber über Unterschiede zwischen den Farben waren trotz vielen Fragens keine Auskünfte zu erlangen.

Eine ganz besondere Rolle spielt in seinem Leben der Schnaps. Seine Schwester hatte angeblich auf Anraten eines Arztes zur Kräftigung ihrer Gesundheit 5 Jahre lang jeden Tag einen ordentlichen Schnaps bekommen und mit Schnaps haben die Eltern auch unseren Pat. kräftigen wollen.

Bei diesem Pat. hat Schanz kurz hintereinander beide Augen operiert und am Weihnachtsabend gleichzeitig beide Augen aufgebunden und mit Starglas versehen. Bei der ersten Sehprüfung nach der Operation erkannte der Pat. mit dem Auge nicht seinen Ball, einen Topf erklärte er als Teller, sein Näpfchen auch als Teller. Mit den Augen und auch erst, als er sich sehr genähert hat, wird nur der Löffel und ein Bauklötzchen erkannt. Das Holzpferdchen, das er früher beim Betasten als „Mähschäfel“ bezeichnete, erkennt er nicht mit dem Auge. Den Christbaum mit silbernen Kugeln an den Zweigspitzen bezeichnet er richtig und versucht zu blasen, er hält die Kugeln augenscheinlich für Lichter. Wird ein großer Gummiball auf den Boden gelegt, findet er ihn, wenn er in die Richtung des Balles gestellt wird. Wird der Ball auf die Seite gelegt, so muß er lange suchen; versucht er ihn zu fassen, so sieht er nicht die Tischbeine, die Tischplatte, die ihm dabei in den Weg kommen. Den rollenden Ball verfolgt er richtig. Ein Taler wird mit dem Auge als Schlüssel erklärt, mit der Hand als „Pfengel“. Gibt man ihm ein Bilderbuch, in dem Spielsachen und sonst ihm bekannte einfache Gegenstände abgebildet sind, so erkennt er auch nach vielen Wochen nicht die einfachsten Sachen, nicht einmal das Bild des Balles, des Stuhles, der Lampe. Er faßt auf das Buch, sucht die Gegenstände zu betasten und bezeichnet alles als Blumen. Am interessantesten war die Prüfung am Spiegel. Er glaubt auf das „Gassel“ zu sehen. „Es sind Kinder draußen.“ Er betastet die Spiegelscheibe: „Kinder heben die Hand hoch.“ Auf die Frage, wer wohl das sei, der ihm alles nachmache, ob er es nicht selbst sei, betastete er auch 2 Monate nach der Operation noch sein Spiegelbild und sagt: „Das ist e Mädel.“ „Mädel hat eine Brille auf.“ 3 Monate nach der Operation hatte ihm die Schwester aus Papier einen Schützenhut gemacht und ließ ihn damit in einen Handspiegel sehen, sofort rief er seinen Namen und nickte seinem Spiegelbilde zu. Als ihm der Hut abgenommen und er wieder vor einen Wandspiegel gestellt wurde, erkannte er sich wieder nicht: erst einige Tage später erkannte er sich im Wandspiegel, er nahm seinen Rockflügel und winkte seinem Spiegelbilde zu.

3 Monate nach der Operation erkennt er mit den Augen alle Gegenstände seiner Umgebung, im Bilderbuch aber noch keine Figur, die Farbenprüfung ergab noch ein recht mäßiges Resultat. Das Gesichtsfeld schien keine größeren Defekte aufzuweisen. Entfernungen wurden ganz leidlich geschätzt, er griff richtig, baute ganz hübsch mit dem Baukasten, sprang frei die Treppe hinab und nahm dabei absichtlich öfters mehrere Stufen gleichzeitig.

Der Nystagmus ist durch die Operationen wenig beeinflußt worden.

Schanz stellt noch 4 Patienten vor, die er im Alter von 5—11 Monaten wegen desselben Leidens operiert hatte; dieselben waren alle ihren Nystagmus wieder los geworden.

Diskussion: Herr Treutler kennt drei derartige Fälle, darunter einen von ihm selbst in Hamburg operierten; der letztere war leider durch den Eintritt glaukomatöser Drucksteigerung gestört. Es bestand anfangs exzentrische Fixation, allmählich stellte sich zentrales Sehen ein. Es waren auch in diesem Falle leichte Anzeichen von Idiotismus vorhanden.

Herr F. Schanz erwidert, daß in seinem Falle von Anfang an Fixation und zentrales Sehen bestand, wenigstens verfolgte der Pat. von Anfang an den durch das Zimmer gerollten Ball.

Herr Hermann Becker greift auf den ersten der von Herrn Treutler erwähnten Fälle zurück, der von Uhthoff operiert, sowie in der Festschrift zum 70. Geburtstag v. Helmholtz publiziert wurde. Der 7jährige Knabe ist von Becker selbst mehrere Wochen lang erzogen und unterrichtet worden. Es handelte sich ebenfalls um ein sehr vernachlässigtes Kind, welches sich nach den verschiedenen Operationen noch wochenlang völlig gleichgültig gegen sein wiedergewonnenes Sehen verhielt, am liebsten immer noch tastend wie ein Blinder

umherging und erst durch energische Eziehungsmaßregeln zum Gebrauch seiner Augen bewogen werden konnte.

Eine Szene war bei der Erziehung des Knaben sehr interessant, nämlich diejenige, wo er, vor einen Spiegel gestellt und gefragt, was er sehe, antwortete: „es ist eine Katze". Eine Katze und die Bewegungen einer Katze hatte er schon mehrmals in der Marburger Augenklinik zu beobachten Gelegenheit gehabt. Als er nach mehreren Wochen, nachdem ihm der Begriff des Spiegels klar gemacht war, nochmals vor den Spiegel geführt wurde, bewegte er sich vor dem Spiegel hin und her, näherte und entfernte sich etwas von demselben, fing plötzlich an zu lachen und rief dem Spiegelbilde „Kuckuck", Kikeriki" zu. Hieraus ging hervor, daß er mit seinem Partner im Spiegel spielen wollte. Er gerierte sich dabei so wie sonst, wenn er mit einem anderen Kinde spielte.

Herr W. L. Meyer hat auch drei einschlägige Fälle beobachtet, von denen zwei nach der Operation nur eine relativ geringe Sehschärfe erlangt hatten, während im dritten, einem ca. 5 jährigen Kinde, die Beobachtung dadurch erschwert wurde, daß das Kind nur Polnisch verstand. Der eine Fall, ein ca. 14 jähriges Mädchen, mußte ebenfalls zum Gebrauch des Gesichtssinnes an Stelle des Tastsinnes geradezu gezwungen werden und verlernte nach der Entlassung in gleichgültiger Umgebung rasch. Die Fälle zeigten zu Anfang auch eine scheinbare Gesichtsfeldbeschränkung gegenüber Hindernissen, die sich mit der Erfahrung verlor. Der letzte Fall, ein ca. 20 jähriger Mensch, der aus frühester Jugend noch einzelne Seherinnerungen hatte, war für die Beobachtung besonders ergiebig. (Die Fälle sind in den Arbeiten von Heydel veröffentlicht.)

Herr Ganser bedauert, daß im Fall des Vortr. die Beobachtung durch den geistigen Zustand des Pat. getrübt war. Er erwähnt dagegen einen von Helmholtz zitierten Fall, in dem es sich um ein völlig intelligentes Individium handelte, welches in bereits vorgeschrittenem Alter die Sehkraft erlangte. Diese Pat. war zunächst ganz geblendet und konnte, obgleich sie schon vor der Operation eine vollständige Vorstellung des Raumes durch den Tastsinn erworben hatte, die Grenzen der Gegenstände mit dem Gesichtssinn nicht erkennen, sie sah nur eine verworrene Masse. Die im Falle des Herrn Vortr. beschriebenen Erscheinungen von geistiger Schwäche sind wohl nicht ausschließlich auf Defekt des einen Sinnes, sondern auf organische Veränderungen des Gehirns zurückzuführen, deren Grund ja hier in dem Alkoholismus der Eltern offensichtlich erkennbar ist. Ganz besonders gilt dies von den erwähnten Abnormitäten beim Akt der Nahrungsaufnahme; denn die hierzu notwendigen Bewegungen bleiben sogar noch bei Tieren intakt, denen in frühester Jugend beide Hemisphären entfernt sind. Nur wenn der Trigeminus oder die Bulbi olfactorii verletzt werden, leidet der Freßakt.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 5. Februar 1904.

Dr. Moszkowicz demonstriert ein 8 jähriges Mädchen, dem **multiple nach Perforation des Processus vermiformis entstandene Abszesse** von zwei Schrägschnitten aus entsprechend der rechten und linken Fossa iliaca eröffnet wurden und 5 Wochen später wegen Darmstenose, bedingt durch Verbacken der Ileumschlingen, ein Anus praeternaturalis am obersten Ileum angelegt werden mußte.

Am 8. Oktober 1903 hatte Pat. eine Angina mit Belag. Am 11. Oktober Nasenbluten, Diarrhöe, Koliken im Bauche, Erbrechen. Seitdem Fieber bis 39°. Am 17. Oktober wurde das Kind in elendem Zustande ins Rudolfinerhaus gebracht. Das Hypogastrium war stark vorgewölbt, rechts und links ebenso bei rektaler Untersuchung des Douglas war deutliche Fluktuation nachweisbar.

Es wurde sofort zur Operation in Äthernarkose geschritten. Nach Inzision des Bauchfells (rechtseitiger Schrägschnitt) fand sich ein Abszeß in der rechten Fossa iliaca, ein zweiter abgekapselter Abzseß retrocoekal, in diesem der perforierte Wurmfortsatz, der sofort reseziert wurde. Ein dritter Abszeß fand sich bei der weiteren Untersuchung nach unten zu, er füllte das kleine Becken aus. Da längs der Flexura sigmoidea Eiter nachsickerte, wurde eine Gegeninzision entsprechend

der linken Darmbeingrube gemacht. Es fand sich ein Abszeß nach außen von der Flexura sigmoidea. Ein fünften vollkommen abgekapselter Abszeß lag nach außen vom Colon descendens bis an den linken Rippenbogen. Das Netz war am Coecum, untersten Ileum, Colon descendens und sigmoideum angeheftet. Oberhalb dieser Anheftungslinie wurde kein Eiter gefunden, doch sah M. alle Dünndarmschlingen gebläht und gerötet.

Drainage mit Jodoformdocht und Gummidrains. Im Eiter fanden sich Stäbchen (Gram-negative) und Streptokokken. Die Pat. erholte sich etwas, war aber nie ganz fieberfrei, so daß M. immer daran dachte, es müsse ein Abszeß bei der Operation übersehen worden sein. Die Sekretion war anhaltend reichlich, der Appetit mäßig.

Am 21. November trat Diarrhöe auf, in den nächsten Tagen erbrach Pat. wiederholt, aß gar nichts.

Am 24. hielt das Erbrechen an und durch die Bauchdecken wurde deutlich Darmperistaltik sichtbar.

M. nahm an, es müsse eine Darmstenose vorliegen, und entschloß sich trotz des schlechten Kräftezustandes zu einer zweiten Operation.

Medianschnitt, nachdem die eiternden Fisteln mit Kompressen gedeckt waren. M. zog einige mächtig geblähte Dünndarmschlingen vor und konnte konstatieren, daß sie etwa der Hälfte des Dünndarmes von der Plica duodeno-jejunalis an bis ans Ileum entsprachen, während die Ileumschlingen, zu einem Knäuel verbacken, das ganze Becken anfüllten. Er zog diese Schlingen auseinander und fand im Zentrum des Knäuels eingedickten Eiter, etwa einen Kaffeelöffel voll.

M. versuchte die Dünndarmschlingen freizumachen, gab es aber bald auf, denn die Verlötungen waren so fest, daß der Darm einzureißen drohte, überdies mußte er die Operation rasch vollenden. Er nähte also die unterste geblähte Darmschlinge in die Bauchwunde, inzidierte sie und entleerte den Inhalt.

Die Pat. fühlte sich zwar erleichtert, kam aber in den nächsten Tagen noch mehr herunter, offenbar wegen des großen Flüssigkeitsverlustes an der Dünndarmfistel. Kurz nach jeder Mahlzeit entleerten sich schon die wenig angedauten Speisen an der Fistel. M. versuchte die Fistel abzuklemmen, gab jeder Nahrung einige Tropfen Opiumtinktur bei, goss in den abführenden Schenkel Wasser und Milch.

Und so gelang, was man gar nicht gehofft, die Pat. wieder zu kräftigen. Sie hatte jede Spur von Panniculus adiposus verloren, war buchstäblich zum Skelett abgemagert. Allmählich erholte sie sich nicht zum geringsten infolge des unglaublichen Appetits, den sie nun entwickelte. Was an Resorptionsfläche fehlte, wurde durch die Zahl der Nahrungsaufnahmen ersetzt. Sie aß mehrere Wochen bei Tag und bei Nacht, was man ihr vorsetzte.

Erst am 15. Dezember wagte M. es, sie zur Wage zu tragen, sie wog 16 kg.

Schon am 21. Dezember wog sie 17,7 kg.

Am 7. Januar legte M. der Pat. eine Dupuytrensche Darmklemme zur Durchtrennung des Spornes zwischen zu- und abführendem Schenkel am Dünndarmafter an.

Am 20. Januar ging zum erstenmal Stuhl per rectum ab. Die Dünndarmstenose war also behoben, offenbar infolge Resorption der verklebenden Fibrinmembranen.

Pat. sieht jetzt vollkommen gesund aus, ihr Gewicht beträgt 21 kg. Der künstliche After soll demnächst geschlossen werden. M. zögerte damit, bis die Durchgängigkeit des unteren Dünndarmes vollkommen sichergestellt wäre. Die Fistel wird durch einen Druckverband geschlossen gehalten. Pat. entleert regelmäßig festen Stuhl per anum.

Die Rettung dieser Pat. war ohne Zweifel nur dadurch möglich, daß die vielen miteinander nicht kommunizierenden Abszesse aufgesucht und eröffnet wurden. Dasselbe gelang in vier anderen Fällen mit gleicher Ausbreitung der Abszesse in der Bauchhöhle.

Trotzdem so viele zerstreute Abszesse vorgefunden wurden, zählt M. diesen und ähnliche Fälle nicht zu den diffusen Peritonitiden, denn es war ja ein großer Teil der Bauchhöhle frei von Eiter.

M. glaubt, daß wir, wenn die Diskussion nicht vollkommen unklar werden soll, uns bezüglich der Nomenklatur dieser Fälle einigen müssen. M. zählt nur jene Fälle zur diffusen Peritonitis, bei denen er Exsudat (trübseröses, fibri-

nöses, eitriges) frei zwischen den Darmschlingen ohne eine Spur von Abkapselung findet. Alle Fälle, bei denen mehrere voneinander und gegen die freie Bauchhöhle abgekapselte Abszesse gefunden wurden, kamen unter die Rubrik „multiple Abszesse". Sie entsprechen der diffusen progredient eitrig-fibrinöseitrigen Peritonitis (v. Mikulicz).

Diese Fälle haben eine viel schlechtere Prognose wie die ersterwähnten. Sie sollten nicht zusammengefaßt werden.

Hofrat v. Eiselsberg stellt in seiner Tabelle die Fälle mit einem zirkumskripten Abszeß allen übrigen gegenüber, die in die Rubrik „diffuse Peritonitis" kommen. In dieser Rubrik sind also die Fälle mit multiplen abgekapselten Abszessen und jene mit wirklich allgemeiner nicht begrenzter Peritonitis vereinigt.

So erklärt es sich, daß Hofrat v. Eiselsberg seine Fälle von „diffuser Peritonitis" nach dem sechsten Tag gesehen hat, während unter unseren Fällen keiner nach dem sechsten Tage zu finden war. Wir sprechen von verschiedenen Krankheitszuständen.

M. empfiehlt der leichteren Verständigung wegen einerseits von multiplen Abszessen, andererseits von freier Peritonitis nach dem Vorschlage Sprengels zu sprechen.

Sitzung vom 12. Februar 1904.

Dr. Haim: Aus der chirurg. Abteilung des Herrn Primarius Lotheissen im Kaiser Franz Joseph-Spitale erlaube ich mir, Ihnen einen **Fall von Vererbung einer erworbenen Mißbildung** (Spalthand) zu demonstrieren.

Die 40 Jahre alte Frau, welche sonst gesund ist und in deren Aszendenz keine Mißbildungen vorgekommen sind, verletzte sich vor 21 Jahren mittels eines Nadelstiches am rechten Mittelfinger; es entstand ein schweres Panaritium, an welchem die Frau 2 Jahre laborierte. Schließlich wurde auf der Billrothschen Klinik der Mittelfinger, sowie ein Teil des III. Metacarpus entfernt. Es resultierte daraus ein Bild, welches man, wenn hier nicht die Narben sichtbar wären und wir nicht die Anamnese wüßten, für eine typische Spalthand ansehen müßte. Die Frau ist mit einem gesunden Manne verheiratet und hat 6 Kinder. Das vierte, 9 Jahre alt, zeigt nun eine angeborene Mißbildung, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit derjenigen der Mutter besitzt. An beiden Händen ist nämlich der III. Metacarpus stark verkürzt, das Köpfchen desselben mangelhaft ausgebildet.

Den Eltern des Kindes ist es selbst aufgefallen, da bei Beugung der Hand in der Reihe der Metakarpalköpfchen an Stelle des III. statt einer Erhebung eine Vertiefung sich befindet. Ich möchte die Mißbildung als Andeutung einer Spalthand ansehen und habe sie deshalb demonstriert, weil solche Fälle enorm selten sind.

In der Literatur sind nur 2 Fälle beschrieben (Scoutellen und Klaussner).

Außerdem erlaube ich mir Bilder von Spalthand und Spaltfuß zu demonstrieren, welche wir gleichzeitig an drei Generationen (Großvater, Mutter und Kind) zu beobachten Gelegenheit hatten.

Ich glaube, daß diese Vererbung sehr für eine mangelhafte Keimanlage und gegen die Theorie der mechanischen Entstehung solcher Mißbildungen im Mutterleibe spricht.

Ferner erlaube ich mir, Ihnen über einen interessanten Fall einer eingeklemmten Cruralhernie, den wir vor kurzem auf der chirurg. Abteilung des Kaiser Franz Joseph-Spitals (Vorstand Primarius Doz. Dr. Lotheissen) zu beobachten Gelegenheit hatten, zu berichten.

Es handelte sich um einen 54 Jahre alten Mann, welcher mit den typischen Erscheinungen einer eingeklemmten, rechtsseitigen Cruralhernie in unsere Behandlung kam; der Bruch war seit 10 Tagen irreponibel, es bestanden Schmerzen, vereinzeltes Erbrechen, Stuhlgang war regelmäßig, zum letztenmale am vorhergehenden Tage. Da die Inkarzerationserscheinungen sehr milde waren, nahmen wir an, daß es sich möglicherweise um Inkarzeration von Netz handle. Die Operation zeigte, daß eine Dünndarmschlinge eingeklemmt war; dieselbe war schon blau verfärbt, erholte sich jedoch unter unseren Augen, nachdem die Einklemmung behoben worden war, so daß wir keinen Anstand nahmen, dieselbe zu reponieren.

Der Pat. erholte sich scheinbar am ersten Tage, den nächsten Tag stellte sich jedoch häufiges Erbrechen ein, das Abdomen wurde leicht meteoristisch aufgetrieben, Peristaltik war trotz der dünnen Bauchdecken nicht zu beobachten.

Wir stellten die Diagnose auf Peritonitis, um so mehr, als sich leichte Temperatursteigerungen bis 38,5 einstellten; Stuhl war nicht zu erzielen, doch Flatus gingen ab.

Am nächsten Tage starb der Pat.

Bei der Obduktion bot sich uns ein merkwürdiges Bild. Die Flexura sigmoidea, welche ein abnorm langes Mesenterium (ungefähr 30 cm) besaß, war durch Adhäsionen völlig nach der rechten Seite auf die Fossa iliaca verzogen und komprimierte dadurch das Coecum, sowie insbesondere das untere Ileum, welches unter der Flexura hindurchschlüpfen mußte; der Dünndarm war bis zum Duodenum gebläht, die Dünndarmschlingen lagerten alle auf der Flexur, welche dadurch auch zum Teile komprimiert wurde. Prof. Kretz hatte die Güte, photographische Aufnahmen von dem Situs viscerum zu machen.

Für den ganzen Prozeß erscheint mir folgende Erklärung als die plausibelste: Es müssen schon öfters leichtere Einklemmungen dieser Cruralhernie bestanden haben, welche dem Pat. keine besonderen Beschwerden machten, aber immerhin das empfindliche Peritoneum in Mitleidenschaft zogen und lokale zirkumskripte Peritonitiden erzeugten, wodurch des S romanum, das durch sein langes Mesenterium zu Verlagerungen besonders disponiert war, nach rechts fixiert und so eine Darmstenose erzeugt, welche bei sonst normalen Verhältnissen dem Pat. keine Beschwerden macht. Nun kam die letzte Inkarzeration hinzu. Während nun die normale Darmtätigkeit in der durch Kompression erzeugten Stenose kein Hindernis fand, wurde jedoch für den infolge der letzten Inkarzeration paretischen Darm die relative Stenose eine absolute und der Kranke ging an Ileus zugrunde.

Es werden also sozusagen latente Stenosen bei Inkarzerationen durch Lähmung des Darmes manifest.

Wir werden also bei inkarzerierten Hernien, wo schon mehrfache Inkarzerationen vorausgegangen sind, mit der Prognose sehr vorsichtig sein müssen. Und haben wir einmal die Gefährlichkeit von auch sonst leicht verlaufenden Inkarzerationen erkannt, so werden wir trachten, die Hernien womöglich im freien Stadium radikal zu operieren.

Berliner otologische Gesellschaft.

Sitzung am 9. Februar 1904.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Vor der Tagesordnung: Herr Friedmann: M. H.! Ich möchte Ihnen einen Fall von **beiderseitigem objektiven Ohrgeräusch** vorstellen. Es handelt sich um den Fall eines neunjährigen Mädchens, der vor einigen Monaten in der Klinik meines Chefs, des Herrn Prof. Baginsky, zur Beobachtung kam. Das Kind hat vor zwei Jahren eine Peritiphlitis und Peritonitis von etwa 29 Wochen Krankheitsdauer durchgemacht. Es trat dann eine Lähmung der unteren Extremitäten auf, die als Rückenmarkshautentzündung mit allmählicher Ausheilung diagnostiziert wurde. Damals kam das Kind mit der Klage, daß seit einigen Wochen auf beiden Ohren ein Geräusch sich bemerkbar mache, das auch der Umgebung des Kindes, speziell seiner Mutter, aufgefallen war. Wenn man das Ohr an das des Kindes legte, so vernahm man deutlich ein Geräusch, das noch auf 6—10 cm Entfernung vernehmbar war. Das Trommelfell zeigte keinerlei Veränderungen, weder Bewegungen, noch waren im äußeren Gehörgang manometrisch Druckschwankungen nachzuweisen. Dagegen zeigte sich eine deutliche, zuckende Bewegung am Gaumensegel. Eine postrhinoskopische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da das Kind hochgradig nervös und einer eingehenden Untersuchung nicht zugänglich war; ebensowenig war eine laryngoskopische Untersuchung möglich.

Was das Geräusch anbetrifft, so hatte es einen knackenden, knipsenden Charakter, ähnlich, wie wenn man zwei Fingernägel übereinander gleiten läßt. Die Herztöne waren vollkommen rein, der Puls hatte ungefähr 100 Schläge in der Minute. Jedenfalls war niemals Synchronität mit dem Pulse nachzuweisen. Daß es sich um ein Gefäßgeräusch handelte, konnten wir von vornherein ausschalten, denn erstens war dieses Geräusch dem Puls nicht synchron, und zweitens sind die von Gefäßen bedingten Geräusche von anderem Charakter. Hier waren es

die von **Brieger**, **Politzer** u. a. geschilderten charakteristischen Geräusche. Ursprünglich glaubte man, daß derartige Geräusche vom Tensor tympani herrührten, aber man hat nachgewiesen, daß es sich um krampfhafte Kontraktion des Tensor veli palatini handelt in den Fällen, in welchen am Trommelfell keine Bewegungen nachweisbar sind. Die Geräusche haben sich im vorliegenden Falle seit der Zeit unwesentlich geändert.

Die therapeutischen Maßnahmen sind sehr verschiedener Art, z. B. galvanischer Strom, Katheterismus, Tubenmassage; von innerlichen Mitteln Arsen, Eisen usw.

Was die Ätiologie betrifft, so finden wir diese Geräusche meist bei nervösen, hysterischen Individuen. Sie sind hervorgerufen durch die Abziehung der vorderen Tubenwand von der hinteren, wie von **Politzer** u. a. nach ihm nachgewiesen wurde.

Ich glaube, es liegt kein Grund vor, anzunehmen, daß das Geräusch nicht noch vorhanden wäre, und ich bitte die Herren, sich davon zu überzeugen.

Diskussion: Herr **Dennert**: Man beobachtet solche Geräusche gar nicht so sehr selten. Ich habe sie auch bei einem kleinen Mädchen 14 Tage, 3 Wochen beobachtet. Sie verlieren sich mit der Zeit.

Herr **Friedmann**: Bei diesem Kinde waren die Geräusche etwa sechs Monate lang ohne Veränderungen nachzuweisen. Die einzigen angewendeten therapeutischen Maßnahmen waren das **Politzer**sche Verfahren und die Anwendung allgemeiner Roborantien, da das Kind einer anderen Therapie gar nicht zugänglich ist.

Tagesordnung: 2. Herr **Grossmann**: **Über Sinusphlebitis tuberculosa.** Ein $5\,{}^1/_2$ jähriges Mädchen mit rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung wurde somnolent, fiebernd und mit leichter Nackensteifigkeit in die Universitäts-Ohrenklinik eingeliefert. Die sofortige Operation des seit 14 Tagen etwas hustenden Kindes ergab, daß der Sinus von einer eigentümlichen, gelbweißen, schmierigen Masse umgeben war und 1 cm oberhalb des unteren Knies eine fast erbsengroße Fistel zeigte, die nach unten bulbuswärts führte. Dieser ganze Sinusabschnitt, von der Fistel bis zum Bulbus, enthielt dieselbe käsige Masse, die ihn schon außen umgeben hatte. Am oberen Rande der Perforation war die äußere der inneren Sinuswand adhärent, darüber der Sinus prall gefüllt.

Die Operation brachte keine Besserung. Eine nun vorgenommene Lumbalpunktion entleerte klaren, unter starkem Druck stehenden Liquor cerebrospinalis, in dem sich neben zahlreichen Eiterkörperchen vereinzelte Tuberkelbazillen befanden. Fünf Tage post operationem erfolgte der Exitus. Es fand sich eine Arachnitis tuberculosa, ein kleiner Solitärtuberkel im Pons und eine Miliartuberkulose. Ferner an der linken Lungenspitze eine eingezogene Narbe sowie erbsengroße, mit kalkigen Massen gefüllte Hohlräume. Die bei der Operation erwähnte Verletzung der Sinuswand erwies sich nicht als Obliteration, ließ sich vielmehr jetzt ziemlich leicht lösen. Das Sinuslumen sowie das Emiss. mast. war mit hellgelber, trockener, käsiger Masse gefüllt, die im Zentrum weicher war, als an der Peripherie, wo sie sich von der Gefäßwand nicht trennen ließ. Die gleiche Masse erfüllte auch den Querblutleiter, und zwar nahe bis zum Torkular, wo sie mit ziemlich scharfer Grenze in einen dunkelroten, der Sinuswand nicht sehr fest adhärenten Thrombus überging, der direkt am Konfluens endete. Die V. jugularis war leer. Die mikroskopische Untersuchung des thrombosierten Sinus ergab folgenden interessanten Befund: schon bei Betrachtung der gefärbten Schnitte mit bloßem Auge zeigt sich, daß das Sinuslumen aus drei Abteilungen besteht, einer großen und zwei kleineren. Bei mittlerer und starker Vergrößerung sieht man, daß diese Abteilungen durch zwei Septen bedingt sind, deren kleineres nur von Granulationsgewebe gebildet wird, während das größere, wenigstens in beiden peripheren Dritteln, eine zentral liegende Bindegewebsschicht aufweist, die sich von dem mittleren Abschnitt der Sinuswand her hineinerstreckt. Während die beiden äußeren Schichten desselben nur etwas kernreicher sind, als in der Norm, ist die Sinusintima ganz in Granulationsgewebe umgewandelt, das hin und wieder besonders dichte Herde mit epithelioiden Zellen, **Langhans**schen Riesenzellen und zentralem Kernschwund als Zeichen beginnender Verkäsung, also typische kleinste Tuberkel zeigt. Dieses Granulationsgewebe geht dann über in die den größten Teil des Schnittes einnehmende Käsemasse, und zwar stellenweise ganz unvermittelt, an anderen erst nach Bildung umfangreicher, mehrfach geteilter Erhebungen, die sich hier und da so gegenüberliegen, daß ohne ihre vorzeitige Einbeziehung in die Nekrobiose, die Verkäsung, wohl noch mehrere

Septen entstanden sein würden. Tuberkelbazillen fanden sich äußerst spärlich, und zwar ganz vereinzelt in den Langhansschen Riesenzellen.

Der Fall ist deswegen von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit für die Entstehung der Tuberkulose der großen Gefäße, mithin auch der Miliartuberkulose, weil es hier zum ersten Male möglich war, einen schon intra vitam durch die Operation erhobenen Befund nach klinischer Beobachtung durch die Sektion zu kontrollieren! Überhaupt sind in der otiatrischen Literatur erst vier Fälle von Sinustuberkulose beschrieben worden, und zwar je einer von Habermann, Piffl, Kossel und Barnick, während ein fünfter, Hartmann zugeschriebener, mit dem von Kossel identisch ist. Dabei sind gerade beim Processus mastoideus die Bedingungen für den Einbruch der Tuberkulose in die großen Gefäße, wie sie Benda formuliert, in besonders klassischer Weise gegeben, denn erstens ist der Blutdruck im Sinus nur gering, zweitens ist der Infektionsherd nach außen von einer starren, knöchernen Kapsel umgeben, und drittens sind parietale Thromben, ohne die es nach Benda zu einer Blutung kommen müßte, gerade am Sinus nichts Seltenes.

Der Fall beweist weiterhin die Richtigkeit der Ansicht Weigerts, daß die Miliartuberkulose durch Einbruch eines extravaskulären Herdes von außen nach innen, nicht umgekehrt, entstanden ist und daß die Intima nicht nur zunächst, sondern auch noch nach erfolgtem Durchbruch spezifisch miterkranken kann. Nach Grossmanns Ansicht werden selbst überzeugte Anhänger der Bendaschen Theorie seinen Fall nicht als Infektion der Sinusintima vom Blutstrom aus, als Durchbruch einer solitären Metastase von innen nach außen, auffassen, da dies den klinischen Beobachtungen und dem Operationsbefund zu sehr widersprechen würde.

Diskussion: Herr Hirschfeld: Ich wollte Herrn Grossmann fragen, ob es ihm nicht möglich gewesen ist, die Stelle zu untersuchen, wo der käsige Thrombus in den roten Thrombus überging. Hier wäre meiner Meinung nach die Gelegenheit gewesen, festzustellen, ob der käsige Thrombus das Primäre war und der rote das Sekundäre, wie das Bendas Auffassung entsprechen würde, oder ob der rote Thrombus allmählich verkäste. Im ersten Falle hätte sich eine scharfe Grenze gezeigt; im zweiten Falle ein allmählicher Übergang.

Herr Schwabach: Die Mitteilung des Herrn Grossmann hat mich ganz besonders interessiert, weil ich recht oft Gelegenheit habe, tuberkulöse Mittelohreiterungen zu sehen und anatomisch zu untersuchen, und trotzdem einen derartigen Fall bisher nicht beobachtet habe. Sie haben ja auch gehört, daß in der Literatur nur sehr spärliche Mitteilungen darüber vorliegen. In meiner Arbeit „Über Tuberkulose des Mittelohrs“ (Berliner Klinik 1897, No. 114) habe ich auf die Seltenheit des Fortschreitens der tuberkulösen Mittelohreiterung sowohl auf den Sinus transversus, als auf die Pia vom Tegmen tympani, respektive antri aus aufmerksam gemacht. So fand ich z. B. in einem Falle von tuberkulöser Mittelohreiterung trotz ausgedehnter Karies am Tegmen tympani und Sulcus transversus — der Knochen war siebförmig durchbrochen — sowohl die Pia als auch den Sinus frei von pathologischen Veränderungen, dagegen an der Außenseite der Dura eine kolossale schwartige Verdickung, eine Pachymeningitis externa, die offenbar einen Schutzwall gegen das Fortschreiten des Prozesses sowohl der Pia mater in der mittleren Schädelgrube, als auch nach dem Sinus hin gebildet hatte.

III. Monats-Chronik.

Bericht des Stephanie-Kinderhospitales zu Budapest für das Jahr 1903. 20101 Kinder wurden im Hospitale behandelt, 18656 ambulant. 655 Kinder wurden geimpft. Auf der chirurgischen Abteilung (Primarii v. Verebelyi und Winternitz) wurden 1418 Eingriffe vollführt. 279 Diphtheriekranke wurden der Serotherapie unterworfen mit einem Mortalitätsprocent von 17,44 (bei den operativen 31,64, bei denen man vom Eingriffe absehen konnte 31,64%). v. Bókay behandelte 12 Scharlachfälle mit Moserschem Serum und hält die Erfolge für entmutigend. Eine rege, ernste und humanhingebende Tätigkeit und wahres wissenschaftliches Leben kennzeichnet dies unter Führung v. Bókays stehende Institut. Die pädiatrische Universitätsausbildung wird ebenfalls unter v. Bókays Leitung im

Hospitale erteilt. Die ophthalmologische Abteilung leitet Chefarzt Leitner, die otiatrische Primarius Klug, Chef des Laboratoriums ist Cornelius Preisich.

Ernö Deutsch (Budapest).

Berlin. Nach einem Erlaß des preußischen Kultusministers sollen die Regierungs-Präsidenten die Frage der **Schließung von Schulen beim Ausbruch von Epidemien** zum Gegenstand ihrer Prüfung machen und binnen 6 Wochen über das Ergebnis berichten. Es handelt sich um die Bedingungen, unter denen Schulschließungen wegen übertragbarer Krankheiten zweckmäßig zu erfolgen haben. Die Berichte sollen nach Anhörung der Provinzial-Medizinalkollegien, sowie der Provinzial-Schulkollegien mit gutachtlichen der Oberpräsidenten versehen werden.

— Die Eröffnung des neuen Säuglingsheims hat am 15. Mai im Hause Akazienstraße 7 stattgefunden. Es ist zur Aufnahme von bedürftigen jungen Müttern bestimmt, denen es ermöglicht werden soll, ihre Kinder wenigstens in der ersten Zeit selbst zu nähren.

Schulsanatorien im Grunewald. Die Charlottenburger Stadtverwaltung projektiert die Errichtung eines Schulsanatoriums. In diesem sollen gegen 100 Kinder Aufnahme finden und zwar, wenn angängig, auch während der Wintermonate. Man hofft, durch Schulsanatorien — das erste wird voraussichtlich im Grunewald errichtet werden — die Ferienkolonien erheblich entlasten zu können.

Paris. Eine von Frauen geleitete Klinik ist in Paris durch private Wohltätigkeit errichtet worden. Es ist eine ausschließlich für Frauen und Kinder bestimmte Klinik, deren ärztliches und Hilfspersonal nur aus Frauen besteht, die sich nach Erledigung gründlicher Studien ohne Entschädigung in den Dienst der leidenden Frauenwelt gestellt haben. Die Leitung der Klinik, die den Bedürftigen vollständige kostenlose Behandlung gewährt, liegt in den Händen der Baronin Blanquet. Sechs Ärztinnen weihen ihre Kräfte leidenden Frauen und Kindern.

Petersburg. In Anbetracht der großen Sterblichkeit der Kinder in St. Petersburg (bis zum Alter von einem Jahre sterben jährlich 7150 Kinder) hat die geburtshilfliche Gesellschaft in Petersburg der Sanitätskommission den Vorschlag gemacht, ein Institut „Ein Tropfen Milch“ zu gründen, welches armen Müttern unverfälschte reine Milch unentgeltlich verabfolgen solle.

Bologna. Das hiesige Instituto ortopedico Rizzoli schreibt einen **Humbert I.-Preis** von 3500 Lire für das beste Werk oder die beste Erfindung auf orthopädischem Gebiete aus, an dem sowohl italienische wie ausländische Ärzte teilnehmen können. Anmeldungen sind an den Präses genannten Instituts (R. Silvani) zu richten; Schluß der Bewerbung 1. Dezember 1904.

Die diesjährigen Fortbildungskurse für praktische Ärzte an der Universität Greifswald finden in der Zeit vom 20. Juli bis 2. August statt. Es beteiligen sich daran die folgenden Professoren und Dozenten: Moritz (innere Medizin), A. Martin (Gynäkologie), Friedrich (Chirurgie), Schirmer (Augenheilkunde), Strübing (Rhino-Laryngologie), Tilmann (Chirurgie), Hoffmann (Otiatrie), Westphal (Psychiatrie), Ritter, Klapp (Chirurgie), Jung (Gynäkologie), Soetbeer (innere Medizin).

Tuberkulose- und Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten. Am 18. v. M. fand auf Veranlassung der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege im Bürgersaale des Rathauses eine Konferenz von Vertretern deutscher Städte, dem Vorstande der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege und des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten statt, in welcher die Verwertung der Seehospize für die Behandlung und Heilung der Skrofulose und Tuberkulose erörtert wurde. Die Versammlung wurde von Generalarzt Dr. Schaper geleitet und durch ein einleitendes Referat von Prof. Baginsky eröffnet, welches ausführte, daß die Seehospize noch mehr als bisher zu wirklichen Krankenhäusern für die genannten Krankheiten umgewandelt werden müßten, aber nicht als bloße Erholungsstätten für leicht erkrankte und schwächliche Kinder zu verwenden seien. In gleichem Sinne bewegte sich der folgende von Prof. Ewald gestellte Antrag, der darauf abzielte, eine etwaige Zersplitterung der betreffenden Wohlfahrtsbestrebungen zu vermeiden:

„Die Delegiertenversammlung wolle beschließen, die städtischen Kommunen anzugehen, größere Geldmittel zunächst unter Benutzung der bestehenden Kinderheilstätten an der See zur Behandlung von an Skrofulose und örtlicher

Tuberkulose erkrankter Kinder ohne Normierung einer bestimmten Kurperiode, sondern abhängig von dem jeweiligen Heilerfolge in den betreffenden Etat einzustellen. Es empfiehlt sich, die bestehenden Heilstätten, wenn nötig, auszubauen, aber von der Errichtung neuer Hospize der höheren Kosten wegen zunächst abzusehen."

Begründung. „Die Tatsache, daß die Fürsorge für kranke Kinder immer weitere Ausdehnung gewinnt, ist gewiß mit Freuden zu begrüßen. Erst vor wenigen Tagen hat sich ein neuer Verein „Berliner Kindererholungsheim" (Vorsitzende Herr Geh. Med.-Rat Hoffa und Bürgermeister Reicke) gebildet, welcher die mit Tuberkulose der Knochen und Gelenke behafteten Kinder „so lange verpflegen und behandeln will, bis sie tatsächlich geheilt sind". Das ist gewiß ein in hohem Grade dankenswertes Unternehmen. Der Anruf des Vereins begründet aber die Notwendigkeit desselben unter anderem auch mit der Angabe, daß die Kinder in den bisherigen Heilstätten „nur für wenige Wochen Aufenthalt erlangen". Diese Angabe trifft indessen für die seit 25 Jahren bestehenden Hospize des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten nicht zu und ist geeignet, irrtümliche Ansichten beim Publikum und auch bei der jetzt in Aussicht stehenden Delegiertenversammlung zu verbreiten. Tatsächlich ist es seit langen Jahren das Bestreben der Vereinsleitung, die Kinder so lange als zur Heilung erforderlich in den Hospizen zu halten und die Heilstätten nicht als eine Sommerfrische, sondern als Krankenanstalten auszunutzen. Tatsächlich haben dieselben, so weit es die Mittel irgend erlaubten, in letzter Zeit längere und längere Kurperioden, zum Teil mit Unterstützung der Kommunen eingeführt. Erst in den letzten Tagen hat der Berliner Magistrat in dankenswerter Weise die Summe von 5000 Mark zur Verlängerung der 6wöchentlichen Kurperioden angewiesen. In dem diesjährigen Jahresbericht des Vereins heißt es: „Mit einem 6wöchigen Aufenthalt ist es dabei freilich nicht getan, hartnäckige Fälle, deren Heilung durch eine längere Kur gewährleistet werden kann, bedürfen nachhaltiger Unterstützung." Für die chirurgische Tuberkulose und Skrofulose haben wir in Norderney einen eigenen Pavillon mit Operationsraum erbaut. Im übrigen stehen uns allein in Norderney 7 Pavillons mit 264 Betten zur Verfügung. Es sind also die Einrichtungen für die Unterbringung der betreffenden Kinder an der See vorhanden und und es wäre dringend zu wünschen, um eine Zersplitterung der Kräfte zu vermeiden, das Vorhandene zunächst voll auszunützen. Im Winter steht die größere Zahl der Betten unseres Hospizes auf Norderney leer, obgleich die Erfahrung gelehrt hat, daß gerade die sogenannten Winterkuren einen besonders günstigen Erfolg haben.

Von den Kindern, die im Sommer unsere Hospize überfüllen, gehört ein beträchtlicher Teil in die Kategorie der schwächlichen Sommerfrischler, die auch anderwärts Erholung und Stärkung finden könnten. Wir würden ihre Plätze besser und heilbringender ausnutzen, wenn wir sie an wirklich kranke Kinder geben könnten. Daran hat uns aber bisher nur der mangelnde Zuspruch von seiten der in Betracht kommenden Kreise gehindert. Es dürfte eine besonders wichtige Aufgabe der kommunalen Wohlfahrtspflege sein, nach dieser Richtung helfend und fördernd einzutreten."

Obiger Antrag wurde mit einer geringfügigen Modifikation angenommen, nachdem eine lebhafte Diskussion unter Beteiligung der Herren Schaper, Rösing, Rühl-Hamburg u. a. stattgefunden hatte. Es wurde ein vorbereitendes Komitee gebildet, in das die Städte Charlottenburg, Bonn, Dresden, Lübeck und vom Verein für öffentliche Gesundheitspflege die Herren Schaper, Proskauer, Karewsky, von den Seehospizen die Herren Herzberg, Ewald und Salomon gewählt wurden.

IV. Personalien.

Königsberg. **Dr. Alfr. Stieda**, habilitiert für Chirurgie und Orthopädie. Heidelberg. Hofrat **Dr. O. Vierordt** erhielt das Ritterkreuz I. Klasse mit Eichenlaub des Ordens vom Zähringer Löwen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. September 1904. No. 9.

I. Originalbeiträge.

Beiträge zur Ernährungstherapie der konstitutionellen Erkrankungen.

Von

Dr. J. Arnold Goldmann in Wien.

Oleum jecoris Aselli ist als diätetisches Heilmittel altbewährt und seine Vorzüge bei der Behandlung konstitutioneller Erkrankungen unbestritten. Die ausgiebige Verwendung desselben stößt aber in der allgemeinen Praxis auf so viele und oft auch schier unüberwindliche Schwierigkeiten, daß ein zweckdienlicher und ausreichender Gebrauch in den meisten Fällen nahezu aussichtslos wird. Der eigentümliche Geschmack und der spezifisch widerliche Geruch selbst der besten Lebertransorte macht ihn vielen Kranken, insbesondere aber verwöhnten Kindern gewissermaßen unheimlich und die besten Corrigentia vermögen die unüberwindliche Abneigung gegen dieses Nährheilmittel nicht zu vermindern. Überdies kann auch nicht übersehen werden, daß Lebertran bei Personen mit geschwächter und alterierter Magendarmverdauung — und eine solche findet sich doch fast bei allen konstitutionell Erkrankten vor — zeitweilig eine solche Reizsteigerung der Mucosa und als Konsequenz derselben eine schwere Dyspepsie herbeizuführen vermag, daß eine weitere, etwa gar forcierte Verwendung desselben vollkommen ausgeschlossen ist. Die Kranken, deren Ernährungszustand doch gebessert werden soll, büßen an ihrer ohnehin schon ungenügenden Eßlust allmählich noch mehr ein und das Fazit wird eine absolute, nicht erwünschte Unterernährung.

Diesen Nachteilen des in der Therapie kaum mehr entbehrlichen Lebertranes abzuhelfen, wurden die verschiedensten Versuche gemacht und Ersatzpräparate hergestellt, bei welchen wohl einzelne, zumeist jedoch nur belanglose Übelstände gemildert oder beseitigt, zum größeren Teile jedoch in bezug auf diätetisch-therapeutischen Wert weit hinter dem schlecht schmeckenden und riechenden Lebertran zurückgeblieben sind und für unsere praktischen Zwecke als Nährheilmittel minderwertig befunden werden mußten.

„Ossin Stroschein“, ein Ölalbuminat des Lebertrans, ist ein seit Jahren bekanntes und in der Therapie vielfach verwendetes Lebertranpräparat, leicht emulgierbar, gut und leicht verdaulich und, wie einschlägige Experimente erweisen, auch vollkommen resorbierbar. Hergestellt wird dasselbe aus dem besten Lebertran, aus den lösbaren

Bestandteilen frischer Hühnereier mit Zusatz von Zucker und Menthol. Die Hinzugabe von Menthol ist als ein überaus gelungenes Verfahren zu bezeichnen, wenn wir berücksichtigen, daß Menthol mit seiner ausgesprochenen antifermentativen Wirkung die Bildung schädlich lästiger Gase im Magen- und Darmkanale hintenanhält und die Peristaltik kräftig anregt, was namentlich bei den häufigen Dyspepsien der Kranken, welche durch protrahierte Gärungsprozesse im Magendarmtrakte aufrecht erhalten werden, von entschieden günstiger Wirkung ist. Der nicht zu unterschätzende Wert des Menthol hinsichtlich der Geschmack- und Geruchsverbesserung des Präparates kennzeichnet sich am besten darin, daß selbst kleine, in bezug auf Geschmacksempfindung hochgradig verwöhnte Kinder „Ossin“ ohne jeden Widerwillen, ich möchte fast sagen wie Honig, welchem es hinsichtlich seiner Farbe und Konsistenz sehr ähnelt, gerne nehmen und ausnahmslos gut vertragen.

Seine exzeptionelle, spezifische Indikation findet „Ossin“ bei der leider so viel verbreiteten Skrofulose in allen ihren Formen und ihren vielgestaltigen, bekanntlich mitunter auch recht schweren Komplikationen, wie sie kaum noch irgend eine andere Erkrankung aufzuweisen hat, namentlich solche hereditärer Veranlagung, woran unser Zeitalter eine erkleckliche Zahl aufzuweisen hat. Ihre Orginität mit Tuberkulose ist nicht nur nach den Grundsätzen der neuesten Forschung, sondern auch durch die imponierende Beweiskraft praktischer Erfahrung aus langjähriger ärztlicher Berufstätigkeit nicht mehr von der Hand zu weisen, einerlei ob wir in den Einzelherden der lymphatischen Erkrankung virulente Bazillen aufzufinden vermögen oder nicht. Sie ist ebenso wie die Tuberkulose eine schwere Allgemeinerkrankung, welche unter für sie günstigen Umständen, bei Vorhandensein hierzu geeigneten Nährbodens schier unbegrenzbare Fortschritte macht und verheerend wirkt. Mangelhafte oder unzweckmäßige Ernährung, schlechte hygienische Verhältnisse bilden neben ererbter Veranlagung die erste Etappe zur Entwicklung derselben und für den Praktiker wird es in bezug auf therapeutische Maßnahmen wohl nicht richtunggebend sein, ob hereditär oder erworben, ob sich ihm eine anämische, erethische, pastöse oder torpide Form der Skrofulose zur Behandlung präsentiert. Die Beschaffenheit des Blutes, eine Folge schlechter und unzureichender Allgemeinernährung und die daraus resultierende Konstitutionsanomalie ist eben der so günstige Nährboden zur Entwicklung und Ausbreitung der Skrofulose. Aus meiner eigenen Beobachtung kann ich wohl die Tatsache hervorheben, daß mir unter den vielen von mir behandelten Fällen die hereditärer Orginität in größerem Prozentverhältnisse unterkam und daß auch diese in der Regel die schwersten Formen und den langwierigsten Verlauf aufzuweisen hatte.

Seit mehreren Jahren schon verwende ich „Ossin“ mit durchaus zufriedenstellendem Erfolge anstatt des in der Therapie der Skrofulose unentbehrlich gewordenen offizinellen Lebertrans in allen Varietäten dieser anämisch-lymphatischen Erkrankung. Wir wissen sowohl durch einschlägige Experimente, als auch im Wege der praktischen Beobachtung, daß Lebertran, wenn dieser ausreichend gut

resorbiert und dementsprechend auch assimiliert und vom Organismus ausgenutzt wird, die Zahl der roten Blutkörperchen erheblich vermehrt, dabei aber auch gleichzeitig die weißen Blutzellen entsprechend zunehmen. Bei Verwendung von „Ossin“, welches den Kranken bekömmlicher als Lebertran, mit seinem Separatgehalte an Eiweißstoffen, durch die günstige Einwirkung seines Mentholgehaltes auf die Verdauungsarbeit den Appetit kräftigst anregt und nachhaltig aufrecht erhält; ist diese günstige Vermehrung der Blutkörperchen eine entschieden größere und erfolgt auch nachweislich rascher, als beim Gebrauche von purem Lebertran. Ich habe wiederholt, speziell im letztverflossenen Winter, bei mehreren Kindern und fast gleichzeitig Kontrollversuche in der Weise gemacht, daß ich abwechselnd erst 3 Wochen lang Lebertran und dann 3 Wochen lang „Ossin“ in gleicher Dosierung — 3 mal täglich je 1 Teelöffel voll — nehmen ließ oder in umgekehrter Reihenfolge erst so lange Zeit „Ossin“ und hernach ebensolange puren Lebertran verwendete, und ich habe mir die positive Überzeugung verschaffen können, daß, ganz abgesehen davon, daß die kleinen Patienten „Ossin“ als ihrem Geschmacke zugänglicher vorzogen, die Wirkung dieses Präparates ein eklatant auffälligerer und bei weitem zufriedenstellenderer war. Einige der Kinder verweigerten sogar nach Ossingebrauch ganz hartnäckigst gewöhnlichen Lebertran zu nehmen und verlangten nur die Honigmedizin. Während beim Gebrauche von Lebertran häufig Ructus und auch zeitweilige Diarrhöe zu beobachten war, in Einzelnfällen auch die Eßlust sich nicht befriedigend entwickelte, zeigte sich die Ossinwirkung auch nach dieser Richtung hin in einwandfrei günstiger Weise. Die Kinder bekamen recht guten Appetit, hatten dabei regelmäßig gute Verdauung, wurden ziemlich lebhaft und vergnügt, bekamen ein frischeres, besseres Aussehen, ruhigen, kräftigenden Schlaf und nahmen an Kraft und Körperentwicklung recht befriedigend zu. Die lokalen Erscheinungen der Skrofulose, wo solche nur an Einzelstellen, wie mehrere mit erheblichen Schwellungen der zervikalen und submaxillaren Lymphdrüsen, oder chronische Rhinitis lymphatica mit fötider Ozaena, ausgebreiteten Ekzemen der Haut, wie ich solche mehrere behandelt habe, lymphatische Konjunktivitiden, einige mit kalten Abszessen in verschiedener Lokalisation, ebenso einzelne mit Gelenkschwellungen, zeigten bei selbstverständlich gleichzeitiger — wenn indizierter — Lokalbehandlung verhältnismäßig rasche Heilneigung, so daß bei sukzessive fortschreitender Hebung der Gesamternährung auch die lokalen Krankheitserscheinungen befriedigend rasch zurückgingen und der Gesamteffekt des Heilganges als ein guter bezeichnet werden konnte. Rezidiven konnte bei längerer sorgfältiger Beachtung und ausdauernder Verwendung des „Ossin“ in den meisten Fällen vorgebeugt werden. In einzelnen hingegen, in welchen solche doch zu verzeichnen waren, war der Ablauf ein nur kurzer, bis gute Heilung zu konstatieren war.

In schwereren Fällen mit torpiden Ablagerungen, kopiösen Eiterungen, käsigem Zerfall tief infiltrierter Drüsen, putrid jauchigem Sekrete, sowie in einigen Fällen, wo wiederholte chirurgische Eingriffe notwendig wurden, hat die Verwendung von „Ossin“ im Dauergebrauche

vortreffliche therapeutische Hilfsdienste geleistet. Kinder, welche vorher infolge schlechten Appetits und ungenügender Nahrungsaufnahme sehr herabgekommen waren, bekamen bald wieder gute und andauernde Eßlust, erholten sich rascher und nahmen dementsprechend allmählich auch recht befriedigend an Körpergewicht zu. Lebertran kann erfahrungsgemäß durch eine längere Zeitdauer nicht gegeben werden und wird von den Kranken, weil er ihnen mit der Zeit widersteht, regelmäßig auch refusiert, weshalb man ihn in der Praxis für gewöhnlich nur eine Zeitlang, — einen gewissen Turnus einhaltend — nehmen läßt und dann wieder eine Zeitlang aussetzt, um eventuell einen neuen Turnus beginnen zu können. Bei „Ossin“ ist dies nicht notwendig, es kann monatelang — im Winter und Sommer — ununterbrochen fortgebraucht werden, ohne eine Pause eintreten lassen zu müssen. Durch die rasch ermöglichte bessere Ernährung legen wir schon an und für sich die Grundlage zur Anbahnung des Heilganges und erzielen befriedigende Resultate in schon noch verhältnismäßig kurzer Zeit, was bei dem schleppenden Verlaufe dieser Erkrankungsform von nicht zu unterschätzendem Werte ist.

Eine fernere günstige Beobachtung, welche wir machen konnten, war auch diejenige, daß „Ossin“ selbst in den chronisch febril verlaufenden Fällen lymphatischer Erkrankungen sehr gut verwendbar ist. Bekanntlich steigt durch anhaltendes, sogenanntes schleichendes Fieber, wie wir den chronisch febrilen Verlauf bezeichnen wollen, der Eiweißverbrauch im Organismus in abnormer Weise, wodurch die Kranken arg reduziert werden. Das im „Ossin“ den Kranken zugeführte, leichte, reine, gute, resorbierbare und assimilierbare Fett sowie sein Eiweißgehalt mit dem gleichzeitigen Gehalte an, die Peristaltik anregendem Menthol schützen den Organismus gegen den rapiden Eiweißkonsum im Fieberzustande und verhindern wirksamst den Verfall der Kräfte.

Bei allen chronischen Konsumptionskrankheiten richten wir im Verlaufe der ärztlichen Behandlung unser Hauptaugenmerk auf eine ausreichend gute und zweckentsprechende Ernährung. Sind wir imstande, diese zu erreichen, bietet sich uns auch die Möglichkeit therapeutisch günstig einzuwirken. Durch die allmähliche Kräftigung des Gesamtorganismus als eine Konsequenz ausreichender Ernährung heben wir vorerst die Widerstandsfähigkeit gegen jedwede chronische Erkrankung. Wie die Erfahrung lehrt, ist der hohe Nährwert des Fettes darin zu suchen, daß es eine eiweißsparende Wirkung hat. Wenn nun reines, gut resorbierbares Fett, mit Eiweißstoffen gepaart, dem Organismus zugeführt und von diesem gut ausgenutzt wird, so ist der roborierende Effekt auch schon erreicht. Sowohl bei Skrofulose als auch bei Tuberkulose, beide chronische Konsumptionskrankheiten und einander nahe verwandt, wenn nicht gar — wie gegenwärtig schon vielfach angenommen wird — identisch, hat sich mir das „Ossin“ als sehr gutes diätetisch-therapeutisches Hilfsmittel erwiesen sowohl in seiner Eigenschaft als Anregungs- als auch als wertvolles Nährmittel spezifischer Art. Wir wissen aus Erfahrung, daß tuberkulosekranke fast ausnahmslos und mindestens zeitweilig an hochgradiger Appetenz laborieren, ihr spezieller Widerwille gegen Auf-

nahme von Fleischnahrung ist zuweilen ein ganz unüberwindlicher. Nicht viel besser bestellt ist ihre Zuneigung zum Milchkonsum und daher kommt es auch, daß solche Kranke oft schon in kurzer Zeit rapid verfallen, wobei selbstverständlich der so geschwächte Organismus der verheerenden Ausbreitung des eigentlichen Krankheitsprozesses nur noch sehr geringen Widerstand leisten kann. Der Lungenbefund muß infolgedessen ein stetig schlechterer werden und die Kranken erliegen schon zufolge der Inanition viel rascher. Prophylaktische Maßnahmen zur Verhütung eines solchen Verlaufes sind sonach eine conditio sine qua non und zu diesen zählt in erster Linie und speziell bei der Tuberkulose eine aufrecht erhaltene, ausreichende Ernährung. Lebertran als solcher ist seit langer Zeit als ein hierzu prädestiniertes Mittel und wird, wenn er überhaupt goutiert und vertragen, vielfach von autoritativer Seite seit Dezennien empfohlen und verordnet, wobei ihm vielerseits auch eine gewisse antipyretische Wirkung zugeschrieben wird. Gilt dies anerkanntermaßen für Lebertran, so kann dies nach den Beobachtungen namhafter Autoren und nach eigenen umfassenden Erfahrungen dem „Ossin" in vollstem Umfange zuerkannt werden, umsomehr als seine Verwendung in keiner Weise eingeschränkt zu werden braucht. Seine günstige Einwirkung auf den Krankheitsprozeß selbst ist bis nun noch unbestritten und durch ausreichende Erfahrungen in der Praxis gut begründet und gestützt.

So schreibt u. a. Professor Fasano im „Handbuch der neuen Heilmittel" Jahrgang 1903, S. 80—82: „Unter den Lebertranpräparaten stellt das ‚Ossin' eines der besten modernen Erzeugnisse dar. Es ist ein Präparat auf der Grundlage des Lebertrans in Verbindung mit löslichen Eiweißstoffen leicht verdaulich und vollkommen assimilierbar. Der Widerwille, den viele gegen Lebertran haben, ist nur zu gut bekannt und namentlich ist bei Kindern die Behandlung mit diesem ausgezeichneten Nähr- und zugleich Heilmittel schwer durchführbar. Daher verdient das ‚Ossin' die ganze Aufmerksamkeit der Ärzte und füllt, wie andere gleichartige Produkte, eine Lücke in der Therapie aus. Auch Personen von sehr empfindlichem Geschmack weigern sich nicht, das ‚Ossin-Stroschein' zu nehmen, das auf der anderen Seite alle Eigenschaften und alle Vorzüge des Lebertrans bester Beschaffenheit in sich vereinigt."

„Das ‚Ossin' bildet mit dem gleichen Teile Wasser vermischt eine vollkommene Emulsion, deren Bestandteile nicht mehr zu erkennen sind und sich auch mit der Zeit nicht mehr voneinander scheiden. Das ‚Ossin' wird in der warmen Jahreszeit nicht minder gut vertragen wie in der kalten, so daß das Präparat sehr gut im Sommer angewandt werden kann, ohne daß man zu befürchten braucht, daß es Magen- und Darmstörungen oder andere Erscheinungen geringer Bekömmlichkeit hervorriefe. Im Winter kann man ohne Schaden große Mengen ‚Ossin' nehmen und es ist bekannt, daß Lebertran in sehr großer Menge von einigen Klinikern als eines der wirksamsten therapeutischen Mittel gegen die Lungentuberkulose empfohlen worden ist. Von einigen Autoren werden sehr günstige Statistiken mitgeteilt. Aber selbst wenn man sich bezüglich der Behandlung einer jedem Verfahren so sehr trotzenden Krankheit

etwas skeptisch verhält, kann man sicher dem Lebertran eine große Bedeutung zur Erweckung der natürlichen Schutzkräfte des Organismus und zur Anregung der Lebenstätigkeit der Gewebe im Kampfe gegen den furchtbaren Mikroorganismus nicht absprechen. Mit dem ‚Ossin Stroschein' ist eine Behandlung mittels starker Gaben durchführbar, ohne daß Erscheinungen der Unbekömmlichkeit auftreten, die dazu zwingen, die Anwendung des Mittels einzustellen."

„Ich halte es für durchaus unnötig, die Indikationen des ‚Ossin' in Erinnerung zu bringen. Seit Jahrhunderten bildet der Lebertran einen unserer stärksten Verbündeten zur Bekämpfung der Skrofulose, der Rachitis, der lymphatischen Veranlagung, der Anämie, der konstitutionellen Schwäche und aller Zustände körperlicher Entkräftung. In der Kinderbehandlung bildet er das wichtigste und meist angewandte Mittel und gesunde wie kranke Kinder verdanken ihm die größten Vorteile für die Stärkung ihrer konstitutionellen und ihrer körperlichen Entwicklung. ‚Wenn unsere Kinder gesund, stark und kräftig heranwachsen, wenn sie die zahllosen Ansteckungen, von denen sie bedroht sind, bekämpfen können' sagte Kassowitz . . . ‚so verdanken sie es größtenteils einer rationellen Kräftigungsbehandlung, deren Grundlage immer der Lebertran sein wird.'"

„Das ‚Ossin Stroschein' löst das schwierige Problem, daß es den Kindern leicht gegeben werden kann . . . Eine Kräftigungskur im frühesten Alter erweist sich als viel wirksamer und nachhaltiger als spätere Kuren und dies wegen des stärkeren Bedarfs des in der Entwicklung begriffenen Körpers, sowie wegen des gesteigerten Vermögens, die Nährstoffe auszunützen."

Aufrecht äußert sich in „Mitteilung aus Dr. Aufrechts chemischem und bakteriologischem Institut" (Deutsche Medizinalzeitung, Berlin 1901, No. 49) über die Herstellung des „Ossin", daß das Präparat eine zur Emulgierung hinreichende Menge freier Fettsäuren enthält, welche eine Gewähr für die vollkommene Ausnutzung des Lebertrans bietet und daß die Verwendung desselben als diätetischen Mittels als ein Fortschritt, als eine Bereicherung des Arzneischatzes bezeichnet werden darf.

v. Rindfleisch, Höhne, Brünning, Scotti, Ebeling, Stargard, Schepelern, Clemm, Bathe, v. Mészöly, Steinthal und viele andere aus der großen Anzahl von Beobachtern geben ihr Gutachten über den diätetisch-therapeutischen Wert des Präparates im günstigsten Sinne ab und heben aus der Reihe ihrer Beobachtungen spezielle Fälle hervor.

Schöne Erfolge sah ich bei der Verwendung von „Ossin" bei rachitischen Kindern. Wenn wir uns vergegenwärtigen, mit welchen Schwierigkeiten wir bei der Behandlung von Rachitis zu kämpfen haben, schon aus dem einfachen Grunde, weil sich die Überzahl der Kranken aus der Klasse der Minderbemittelten, aus schlecht genährten und gepflegten kleinen und charakteristisch widerhaarigen Wesen rekrutiert, wie es uns zumeist schon infolge der äußeren ungünstigen Umstände erschwert ist auf die Mütter derselben belehrend und ermunternd einzuwirken und wie selten unsere Ratschläge und Verordnungen auch nur annähernd befolgt oder auch beherzigt werden

können, müssen wir unser noch möglich erreichbares Ziel in einer Autbesseruug der Gesamternährung und möglichst erreichbare Umstimmung der Konstitution suchen. In dem Lebertranersatzpräparate „Ossin“ finden wir das geeignete Mittel, die kleinen rachitischen Marastiker mit ihrem Konvolute von Krankheitserscheinungen wohl nur gradatim aber doch mit guter Aussicht auf zufriedenstellenden Erfolg der allgemeinen Kräftigung und ermöglichten Heilung zuzuführen. Die günstige Einwirkung desselben zeigt sich nach und nach darin, daß die Kinder merklich an Appetit zunehmen, weniger moros und minder unruhig, sich allmählich das typisch charakteristische Schreien abgewöhnen, besser verdauen, des Nachts ruhiger schlafen und auch erquickter erwachen. Die Ossifikation der Kopfnähte, der Knochen- und Gelenksenden macht befriedigendere Fortschritte, die zurückgebliebene Dentition entwickelt sich bei weitem besser, das Aussehen der Kinder wird infolge der allgemeinen Körperkräftigung ein lebhaft freundlicheres und in einigen Monaten schon kann man die Ausgleichung rachitisch difformierter Knochen, auch der Röhrenknochen, sowie eine günstigere Gestellung der Kopfformation auffällig wahrnehmen. Gastrische Störungen, bei Rachitis fast ständig auf der Tagesordnung, Intestinalkatarrhe oft der hartnäckigsten Art, Stimmritzenkrampfanfälle, Eklampsien, wie auch noch alle anderen bekannten Begleiterscheinungen der Rachitis mildern sich nach und nach und verschwinden schließlich unter stetiger Zunahme einer besseren Ernährung und kräftigeren Entwicklung. Meinen Beobachtungen konform äußern sich Hirschlaff, Bott, Ritter, Deutsch, Baaz u. a. m. über sehr günstige Erfolge, welche sie mit „Ossin“ erzielen konnten: Die Kinder nehmen das Präparat sowohl pur als in Milch, Kaffee oder Kakao gemengt sehr willig.

Bei grazilen, schwächlichen und anämischen, in der Entwicklung retardierten Kindern, bei chlorotischen Mädchen mit suspektem Habitus, bei mangelhaftem Appetit, ungeregelter Verdauung, welkem Aussehen mit schlaffer Muskelentwicklung leistet „Ossin“ längere Zeit genommen verläßliche Dienste: Ich habe solche Fälle in ausreichend großer Anzahl zu beobachten Gelegenheit gehabt und habe in unterschiedlich kurzer Zeit sehr zufriedenstellende Nähr- und Kräftigungserfolge, bei beachtenswert stetigen Gewichtszunahmen gesehen, obschon zur Erreichung günstiger Resultate geringere Dosen von „Ossin“ erforderlich sind, als von Lebertran. Am vorteilhaftesten wird es eine halbe Stunde vor oder etwa 1 Stunde nach der Mahlzeit 3—4mal täglich je 1 Kaffeelöffel voll gegeben und ausnahmslos gut vertragen.

II. Referate.

R. Fischl, Theorie und Praxis der Karenz des Schulbesuches nach akuten Infektionskrankheiten. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Juni 1904.) F. zeigt, wie unvollkommen meist in den Schulen die Maßnahmen sind, die gegen Weiterverbreitung der

Infektionskrankheiten getroffen werden, wie mild und lax oft die gesetzlichen Bestimmungen, selbst solche, die schon an und für sich wenig ausreichend sind, gehandhabt werden betreffs der Karenz des Schulbesuches. Er fordert da mit Recht strenge und energische Durchführung. Grätzer.

Soltmann, Die Infektionskrankheiten der Universitäts-Kinderklinik und die Grundzüge ihrer Behandlung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 17 u. 18.) S. gibt ein ungemein anschauliches Bild der hauptsächlichsten Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, welche Krankheitsbilder er mit wenigen Worten vortrefflich charakterisiert. Darauf bespricht er ebenso präzis und klar die Therapie, sowohl die allgemeinen wie die spezielle der einzelnen Krankheiten, wie sie sich bei dem großen Material der Leipziger Klinik bewährt hat. Auch der erfahrene Pädiater empfängt bei der Lektüre des lehrreichen Aufsatzes noch manche Anregung. Grätzer.

G. Generslch, Wichtigkeit des Inkubationsstadiums bei den Infektionskrankheiten. (Budapesti orvosi ujság. 1903. IX. 24. Gyermekorvos.) Die pünktliche Bestimmung der Inkubation ist vom Standpunkte der Schulhygiene überaus wichtig, da bei exakter Beobachtung und entsprechender Schulschließung die Weiterverbreitung der Infektion erschwert ist. Dies Stadium dauert bei Morbillen 10, bei Rubeolen und Parotitis 17, bei Varicellen 13, bei Influenza 4, bei Variola 10, bei Scarlatina 4, bei Diphtherie 5—6 Tage.

Ernö Deutsch (Budapest).

D. Pospischill, Ein neues als selbständig erkanntes akutes Exanthem. (Aus dem k. k. Kaiser Franz Joseph-Regierungs-Jubiläums-Kinderspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 25.) Es ist P. durch genaue Beobachtung einer Reihe von akuten Exanthemen gelungen, von einander gänzlich verschiedene Krankheitsbilder zu einer ätiologischen Einheit zu vereinigen, andererseits scheinbar ähnliche Fälle, als einer selbständigen Erkrankung angehörig, von jenen abzutrennen. So traten ihm vier neue Formen entgegen, die P. jetzt durch typische Krankengeschichten illustriert und genau, besonders auf die differentialdiagnostischen Momente hin, schildert.

Zunächst beschreibt er drei Formen, die zu einer Gruppe gehören, aber bei scharfer Beobachtung durchaus auseinandergehalten werden können: Das Erythema infectiosum, das höchstwahrscheinlich identisch ist mit den als Erythema simplex marginatum und als Megalerythema epidemicum bezeichneten Bildern, ferner eine sehr an Scharlach erinnernde, aber davon unschwer abzutrennende Form, die wohl bereits als Scarlatinois beschrieben ist und als solche Geltung hat, drittens eine speziell bei kleinen Kindern vorkommende, sehr den Morbillen ähnliche Form, das „Erythema infectiosum der Kinder“, das P. als Morbilloid bezeichnet. Diese drei Krankheitsbilder will P. unter dem Namen Exanthema variabile zusammenfassen.

Endlich trennt P. von der Skarlatina eine Form ab, die sich auch vom Erythema infectiosum und vom Skarlatinoid differenzieren

läßt, vielleicht aber identisch ist mit der Rubeola scarlatinosa (Filatow) und der „fourth disease“ der englischen Autoren.

Grätzer.

A. Grètze, Des rapports de la rougeole avec la tuberculose. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Diese ausführliche, unter der Leitung von Comby gemachte Arbeit, bespricht das Verhältnis zwischen diesen beiden Krankheiten, und zwar den Einfluß, den die Masern auf die Tuberkulose ausüben, und dann den Einfluß der letzteren auf die Masern. Er gelangt zu folgenden Schlüssen: Jede latent bestehende Tuberkulose erhält, namentlich in der ersten Kindheit, durch das Auftreten von Morbillen einen bedeutenden Vorstoß; versteckte käsige Herde werden virulent und können den Ausgangspunkt einer allgemeinen, tödlichen Tuberkulose werden. Bereits ausgesprochene Tuberkulose wird verschlimmert, indem die akute Erkrankung den Organismus schwächt und den Respirationsapparat krankhaft verändert. Der Körper wird im allgemeinen geschwächt, also für eine bazilläre Infektion viel empfänglicher gemacht, daher masernkranke Kinder nicht mit einer tuberkulös infizierten Umgebung in Berührung kommen sollen. Bezüglich des Einflusses der Tuberkulose auf Masern wird erwähnt, daß in der ersten Kindheit das Inkubationsstadium ein viel kürzeres sei, daß die Eruption weniger dauert und viel blasser auftritt, als man es nach der Höhe des Fiebers und der Lungenerscheinungen erwarten würde. Im späteren Kindesalter hat die Tuberkulose auf den klassischen Verlauf der Masern keinerlei Einfluß.

E. Toff (Braila).

Ferrante Apporti, Rückfälle und Rezidive bei Masern. (La Pediatria. Febr. 1904.) Auf Grund von 6 Fällen seiner Beobachtung kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß an dem Vorkommen von Rückfällen wie von wahren Rezidiven, d. h. Reinfektionen bei Masern kein Zweifel bestehen kann. Er bestätigt die auch von anderen Autoren gemachte Beobachtung, daß die Rezidive besonders bei Gliedern derselben Familie vorkommen, und erklärt diese Tatsache durch eine den Familienmitgliedern gemeinsame besondere physische Disposition.

F.

O. Rüdel, Das Schleimhautexanthem der Masern. (Aus der Univers.-Poliklinik zu Erlangen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 9.) R. hat 520 Masernkinder untersucht; das Ergebnis war im wesentlichen eine Bestätigung der Koplikschen Befunde. Auch R. hält nach seinen Erfahrungen die Flecken für ein zuverlässiges Frühsymptom der Morbilli.

Bei Rubeola, Diphtherie, Angina lacunaris und anderen Munderkrankungen fehlten die Flecken immer. Bei Skarlatina (30 Fälle) konnte R. ebenfalls ein Wangenexanthem konstatieren, das allerdings seiner Form als der Zeit des Auftretens nach sich wesentlich von dem Morbillenexanthem unterschied. Stets war gleichzeitig mit ihm schon ein beginnendes Hautexanthem vorhanden. Es fanden sich stets in größerer Anzahl (50—100) 1—2 mm im Durchmesser betragende, gerötete Punkte, stets auf intensiv rotem Wangengrunde sich erhebend, so daß bei längerem Hinsehen die roten Tupfen mit dem

ebenfalls roten Wangengrund ineinander überzugehen schienen. Ferner waren diese Punkte zunächst von weißen Stippchen vollständig frei, aber schon nach kurzer Zeit trat hochgradige Abstoßung des Wangenepithels ein, die öfters Wangen und Zahnfleisch mit dickem, weißlichem Belage bedeckte.

Den von einzelnen Beobachtern gesehene Beginn des Morbillenhautausschlages hinter den Ohren sah R. nur selten. Die Schwellung der Nackendrüsen fand er bei fast allen Scharlach- und Masernfällen, ferner bei Diphtherie, Angina lucunaris, Influenza, Pneumonia crouposa, so daß er etwas Charakteristisches für eine Krankheit darin nicht erblicken kann.

Grätzer.

E. Schottelius, Bakteriologische Untersuchungen über Masernkonjunktivitis. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. XLII. I.) Von den wenigen Autoren, die bisher das Sekret bei Masernkonjunktivitis untersuchten, wurde im Bindehautsack häufig der Influenzabazillus, seltener auch der Koch-Wecksche Bazillus und der Diplobazillus Morax-Axenfeld gefunden. Gelegentlich einer schweren Masernepidemie, die 1903/04 in Freiburg herrschte, untersuchte S. 80 Fälle mit Rücksicht auf das bakteriologische Verhalten des Konjunktivalsekretes. Das Material stammte von 40 leichteren Erkrankungen und von 40 letal verlaufenden Infektionen. In ersteren trat der Staphylococcus aureus in 60%, der Streptococcus pyogenes in 14% im Bindehautsekret auf. Bei den schweren Fällen dagegen fanden sich Streptokokken in 50%. Außer den genannten Bakterien wurden in geringerer Anzahl weiße Staphylokokken, Diplobazillen und Pseudodiphtheriebazillen konstatiert, während sich virulente Diphtheriebazillen nicht nachweisen ließen. Unter Hinweis auf die neuerdings bei Scharlach veröffentlichten Beobachtungen von Streptokokken glaubt S., daß es nicht unwahrscheinlich sei, daß auch bei Maserninfektion, nicht nur bei Masernkonjunktivitis die Wundinfektionsträger eine nicht unwesentliche Rolle spielen.

Axenfeld schließt an vorstehende Mitteilung eine längere Anmerkung und betont, daß man durch den bisher so verschiedenartigen bakteriologischen Befund bei Masernkonjunktivitis gezwungen sei, anzunehmen, daß die gefundenen Mikroben nicht die ausschließliche Ursache sind, sondern daß das Masernexanthem, dessen Ätiologie wir nicht kennen in erster Linie die Bindehaut beteiligt. Doch fand auch er, wie S. die Streptokokken gerade bei besonders schweren Augenkomplikationen, so bei Hornhautinfiltraten, Vereiterung der Kokken, Bindehautdiphtherie, die in einem Falle sogar zu Gangrän der Lider führte. Auch eine metastatische eitrige Iritis wurde beobachtet. Erwähnt muß jedoch werden, daß bei ähnlich schweren Masernkomplikationen am Auge auch schon andere Bakterien gegefunden worden sind z. B. von Hertel Pneumokokken.

E. Enslin.

M. Vargas, Masernkrupp. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Februar 1904.) V. beobachtete ein 2jähriges Kind, das nach Masern eine Bronchopneumonie bekam und auch von einem schweren Krupp mit Asphyxie befallen wurde, so daß die Intubation nötig wurde.

Diese wirkte gut, doch ging das Kind 11 Stunden später an Herz- und Lungenlähmung zugrunde. Der Tubus war frei von Membranen, nur im Innern enthielt er eine kleine Quantität von schaumigem Schleim. In der Kultur zeigten sich Streptokokken, Diplococcus Fränkel, Staphylokokken, aber kein Diphtheriebazillus. Es handelte sich um reinen Masernkrupp, der noch seltener ist, als der diphtheritische.

Die Ätiologie dieses Prozesses hängt von der Einwanderung des Erregers der Morbillen in Begleitung des Diplokokkus, Streptokukkus und Staphylokokkus ab, es entsteht eine intensive Schwellung der Schleimhaut, welche sich bis unter die Glottis fortpflanzt; zur Steigerung der Stenose trägt viel der reflektorische Spasmus bei.

Die Therapie besteht bei den ersten Anfängen der Stenose in Applikation von mit heißem Wasser getränkten Schwämmen und Inhalationen, eventuell Ordination von Brom, um auch den Spasmus zu beruhigen. Bei Zunahme der Asphyxie muß man operativ eingreifen. Besteht Krupp allein, ohne Pneumonie, so intubiere man. Hält das Leiden mehr als 30 Stunden an, oder zeigen Blutspuren am Tubus, daß laryngeale Ulzerationen vorliegen können, dann gehe man zur Tracheotomie über. Bei mit Bronchopneumonie kompliziertem Krupp ist die Tracheotomie vorzuziehen, schon weil sie die Bronchialecouvillonage gestattet, welche darin besteht, daß man eine weiche Gummisonde in die Trachea und großen Bronchien einführt und nach auf- und abwärts bewegt; hierdurch lockert sich das Exsudat, wird eliminiert, die Wandungen der Bronchien erfahren eine intensive Reizung, die Bronchialparese wird überwunden, die Todesgefahr oft abgewendet.

Grätzer.

R. Klein (Berlin), Zur Kasuistik der Krupperkrankungen im Kindesalter. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 17.)

6jähriger Knabe erkrankt, nachdem er 6 Monate vorher Rachendiphtherie durchgemacht und mit Serum behandelt worden war, plötzlich mit hohem Fieber und gastrointestinalen Erscheinungen. Bald stellt sich Dyspnoe ein, darauf Bellhusten und Heiserkeit unter fortdauernd hohem Fieber und schwerem Allgemeinzustand. Objektiv nur Angina festzustellen. Die Dyspnoe wird immer intensiver, hochgradiges stenotischen Atmen entwickelt sich. Larynx und Trachea sind auf Druck sehr schmerzhaft, sonst ist nur intensive Entzündung im Pharynx und Larynx zu konstatieren. Bei der gefahrdrohenden Situation entschließt sich K., Antitoxin einzuspritzen (1500 I.-E.). Darauf fällt nach einigen Stunden die Temperatur ab, der Zustand bessert sich zusehends, die stenotischen Erscheinungen vermindern sich. Tags darauf weitere deutliche Besserung, und bald Genesung.

Hatte man es hier mit beginnendem diphtherischen Krupp zu tun gehabt? Charakteristische Symptome fehlten durchaus, doch das klinische Bild ließ diesen Verdacht trotzdem aufkommen, der wohl durch die eklatante Wirkung des Antitoxins genügende Bestätigung fand. Die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Grätzer.

G. Mya, Hypoglottisches Ödem aus Diphtherieseruminjektionen. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Januar 1904.) M. hat schon kürzlich 2 Fälle mitgeteilt, bei denen er das späte Erscheinen von Larynxstenose einer Wirkung des Diphtherieserums zuschrieb, sich stützend auf folgende Tatsachen:

1. Auf das Zusammentreffen dieser speziellen Form von Larynxstenose mit den toxischen Erscheinungen des heterogenen Serums (Fieber, Urticaria, Gelenkschmerzen, scharlachartige Exantheme), die in einer heftigeren Form als gewöhnlich auftraten.

2. Auf die Natur der stenotischen Erscheinungen, die evident auf akutes Ödem der Regio subglottica hinwiesen, wie es bei anderen Intoxikationen (z. B. Urämie) der Fall ist.

3. Auf die Abwesenheit von spezifischen Infektionskeimen in einem Falle, der kulturell untersucht wurde.

Seitdem erfuhr M. von einem neuen Falle, der das Zutreffende obiger Behauptung aufs eklatanteste dartut: daß nämlich diese Erscheinungen von Larynxstenose, die gleichzeitig mit den gewöhnlichen Symptomen der Intoxikation aus heterogenem Serum auftreten, die Folgen eines toxischen Ödems der Regio subglottica sind, die wegen ihres anatomischen Baues und besonders wegen der Lockerheit des submukösen Bindegewebes, zur serösen Durchtränkung toxikämischen Ursprungs eminent geeignet ist.

Von den 3 Fällen war dem ersten 1 Woche früher eine akute katarrhalische Laryngitis, dem zweiten eine diphtherische Infektion mit pharyngealer und laryngealer Lokalisation und dem dritten eine Angina diphtherica vorausgegangen. In allen 3 Fällen hatte also kurz vorher im Larynx und dessen Umgegend ein Infektionsprozeß stattgefunden, der eine Art lokaler Disposition schaffen konnte; und so sehr auch der klinische Verlauf zugunsten von M.s Deutung sprach, verblieb doch ein leiser Verdacht der Existenz eines lokalen Infektionsprodukts. Nun hat aber M. einen Fall, wo das Serum nur prophylaktisch injiziert wurde, ohne daß man das geringste Anzeichen einer infektiösen Lokalisation gehabt hätte.

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, der kurze Zeit in Berührung mit einem Diphtheriekranken gewesen war und aus Vorsicht mit 500 I.-E. immunisiert wurde. $1\,^1/_2$ Stunden nach Injektion konjunktivale Röte, Tränenfluß, Niesen, bellender Husten und zahllose Urtikariaquaddeln auf der ganzen Hautfläche, welche Erscheinungen etwa 2 Stunden andauerten. Etwa 8 Stunden nach Injektion Unruhe, Tränenfluß, Niesen, dann Erbrechen, Diarrhöe, Polyurie und Pollakiurie, ungefähr 3 Stunden hindurch. Darauf Erscheinungen von Larynxstenose, die nach und nach zunehmen bis zu höchster Dyspnoe. So 6 Stunden. Dann erschien nach Abnahme der Laryngealerscheinungen wieder die Urticaria mit breiten, prominenten Quaddeln, über die ganze Hautfläche verbreitet und 24 Stunden andauernd. Temp. bis 40° C. im akutesten Stadium.

Das Kind hatte schon früher Zeichen einer besonderen Idiosynkrasie gegen Toxine infektiösen und alimentären Ursprungs gezeigt. Während der Vakzination bekam es 12 Tage lang eine schwere Urtikaria und im Alter von 2 Jahren nach Verspeisen weniger Seemollusken eine schwere, ebenfalls von sehr heftiger Urtikaria begleitete Intoxikation.

Dieser Fall weist sehr gut die Möglichkeit einer flüchtigen Larynxstenose nach infolge der Wirkung des antidiphtherischen Serums, die in der hypoglottischen Gegend ein Ödem, eine Art Urtikaria der Larynxschleimhaut hervorruft. Bei einem besonders prädisponierten Individuum veranlaßten wenige Gramm Serum in 8 Stunden das Auftreten ziemlich schwerer Stenoseerscheinungen, das vollkommen unabhängig war von vorausgehenden, begleitenden oder nachfolgenden Infektionsprozessen, also offenkundig als Folge einer toxischen Wirkung des Serums anzusehen war. Dies ist für den Praktiker wichtig, denn

Wiederholung der Injektion in der irrigen Meinung einer Diphtherieinfektion oder Reinfektion würde verschlimmernd einwirkend. Vom diagnostischen Standpunkte aus ist das gleichzeitige Erscheinen von anderen Zeichen der Serumintoxikation in heftiger Form ein sehr wichtige Faktor. Meist vergehen die stenotischen Erscheinungen schnell; aber in anderen Fällen, besonders wenn diphtherische Lokalisationen im Kehlkopf selbst vorangehen und daher Produkte der vorausgehenden Krankheit zurücklassen, können die Stenoseerscheinungen, die ja glücklicherweise recht selten sind, recht heftig verlaufen und eventuell operative Eingriffe nötig machen. Grätzer.

Beard, Head drop following diphtheria. (Brit. med. Journ. 1903. S. 788.) Das 6jährige Kind war tracheotomiert und hatte eine Einspritzung von 6000 Einheiten erhalten. Wegen Herzschwäche bekam es späterhin noch eine Strychnininjektion, der Krämpfe folgten, die erst nach einigen Zügen Chloroform nachließen. 3 Wochen später stellte sich eine Gaumenlähmung ein, sowie Schwäche in den Beinen und ein allmählich zunehmendes Unvermögen, den Kopf aufrecht zu halten. Der Fall ging in Heilung aus. Schreiber (Göttingen).

A. Caillé, The Prophylactic Use of diphtheria Antitoxin in School Children. (Archives of Pediatrics. Oktober 1903.) Der therapeutische Wert des Diphtherieheilserums steht jetzt fest. Nun fragt Verf., ob wir das Wundermittel auch ausgiebig genug verwenden zur Verhütung der Krankheit?

Wie viele Kinder sterben an Scharlach kompliziert mit Diphtherie, an Masern kompliziert mit Diphtherie, sowohl als an primärer Diphtherie, die doch oft durch rechtzeitigen Gebrauch des Heilserums gerettet werden könnten.

C. schlägt daher vor, Schulkinder jährlich 1- oder 2mal mit Heilserum zu immunisieren. Er hat seit 2 Jahren diesen Plan in seiner eigenen Praxis erfolgreich durchgeführt, indem er einige 30 Schulkinder gegen Diphtherie geschützt hat, ohne irgend welche unerwünschte Nebenwirkungen des Heilserums.

Leo Jacobi (New York).

Yngvar Ustvedt (Norweger), Die Diphtherieprophylaxis. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1904. No. 6.) Auf statistische Untersuchungen über die Diphtherie in Christiania gestützt, tritt der Verf. für Isolation sowohl der Pat. als der Bazillenträger ein. Er glaubt nicht, daß präventive Seruminjektionen als allgemeines Schutzmittel in einer großen Stadt angewandt werden können, während er ihre Bedeutung bei Epidemien in Asylen, Hospitalsabteilungen, Dörfern u. dgl. anerkennt. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. Geirsvald (Norweger), Die Bekämpfung der Diphtherie durch präventive Injektionen von Diphtherieserum. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1904. No. 1.) Der Verf. teilt drei Diphtherieepidemien mit, welche auf dem Lande auftraten unter Verhältnissen, welche die Isolation der infizierten Personen unmöglich machten; es handelte sich um Epidemien in einer Volkshochschule, in einer Geisteskrankenanstalt und in einem Arbeiterdistrikt mit dichter Bevölkerung. Präventive Injektionen von antidiphtherischem Serum

wurden in reichlichem Maße benutzt, und mit außerordentlich gutem Erfolg. Der Verf. referiert die wichtigsten Untersuchungen über die Wirkung des Diphtherieserums als Präventivmittel und vertritt die Meinung, daß diese Methode viel besser ist als die Isolation, die mangelhaft, schwer durchführbar und kostspielig ist.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Rudolf, The use of Antitoxin in the treatment and prevention of diphtheria. (British med. Journ. 1903. S. 1078.) Von 100 mit Diphtherieserum behandelten Fällen starben nur 3 Kinder, darunter ein Scharlachfall; von 42 in einer zweiten Periode beobachteten Kindern starb nur ein Kind, das schon vorher an einer Nierenerkrankung litt. R. fordert, daß alle Kinder gespritzt würden, auch die leicht erkrankten, da sich nach selbst anscheinend geringfügigen Erkrankungen unangenehme Komplikationen einstellen können. Auch soll die bakteriologische Untersuchung nicht erst abgewartet werden, um keine Zeit zu verlieren. Die erste Dosis soll nicht unter 3000 Einheiten betragen. Die übrige Behandlung darf selbstverständlich darüber nicht vernachlässigt werden; ferner soll jeder, der einer Infektionsgefahr ausgesetzt war, einer prophylaktischen Injektion unterworfen werden. Die Höhe der letzteren soll 500, bei Kindern unter 2 Jahren 300 Einheiten betragen.

Schreiber (Göttingen).

L. d'Astros, Huit années de sérothérapie antidiphthérique à Marseille. (Revue d'hygiène. Juni 1903.) Während vor Einführung des antidiphtherischen Serums die Mortalität an Diphtherie eine außerordentlich große war, sank dieselbe nach derselben in auffallender Weise. In den Jahren 1880—1891 schwankte die Zahl der Todesfälle zwischen 427 und 779. Nach Einführung des Serums, dessen jährlicher Verbrauch 2500—3500 Fläschchen à 10 ccm beträgt, sank die Mortalität auf 122 im Jahre 1895 und auf 54 in 1897. Berechnet auf die Einwohnerzahl, betrug die Sterblichkeit im Jahre 1891 vor Einführung der antidiphtherischen Injektionen, 198 Todesfälle auf 100,000 Einwohner, während später dieselben in gleichem Verhältnisse, auf 12 im Jahre 1797, und auf 13 im Jahre 1902 herabsank. Es ist also eine Verminderung um mehr als 4/5 zu verzeichnen, und man könnte eine noch größere Verminderung erzielen, falls man das Serum systematisch bei dem geringsten Verdachte auf Diphtherie anwenden würde.

E. Toff (Braila).

Erik E. Faber (Däne), Der Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität. (Hospitalstidende. 1904. No. 2.) Das Material des Verf.s aus dem Bleydamshospitale zu Kopenhagen umfaßt 2331 mit Diphtherieheilserum behandelte Fälle von Diphtherie und 807 auch mit Serum behandelte Fälle von Krupp (d. h. Larynxstenose). Der Verf. hat das Mortalitätsprozent untersucht, je nachdem die Serumbehandlung am ersten, zweiten, dritten usw. Krankheitstage anfing. Von allen 3137 mit Serum behandelten Fällen war die Mortalität ca. 3mal so groß für die Pat., welche Serum erst vom siebenten Krankheitstage an bekamen, als für die Pat., an welchen die Serumbehandlung schon am ersten Krankheitstage anfing (ca. 21% gegen 7%). Von den mit Serum behandelten Diphtheriefällen war

die Mortalität 4—5 % für die schon am ersten oder zweiten Krankheitstage mit Serum behandelten Pat., 20—23 % für die vom siebenten Krankheitstage an oder noch später mit Serum behandelten Pat. Dagegen war eine solche regelmäßige Progression des Mortalitätsprozents bei den mit Serum behandelten Kruppfällen nicht vorhanden. Die Ursache zu diesem Unterschiede zwischen den Diphtherie- und Kruppfällen findet der Verf. in dem Umstande, daß die Diphtheriepat. gewöhnlich an der Vergiftung, die Krupppat. an der Stenose oder an Pneumonie starben, indem das Serum nur auf die Vergiftung wirken kann. (Leider hat der Verf. nicht untersucht, wie die Mortalität der Pat. in der Vorserumperiode sich verhielt, je nachdem sie in das Hospital am ersten, zweiten usw. Krankheitstage aufgenommen wurden. Diese vergleichende Untersuchung ist durchaus notwendig, wenn die Resultate des Verf.s Bedeutung haben können. Ref.)

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. J. Binz und **V. Ellermann** (Dänen), Über Diphtheriestatistik. (Hospitalstidende. 1904. No. 21.) Die Abhandlung ist ein notwendiges Supplement zu der von Faber angestellten Untersuchung über den Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität (s. dieses Zentralblatt 1904 S. 338). Die Verf. untersuchten die Mortalität der Diphtheriepat. im Bleydamshospitale zu Kopenhagen in den Jahren 1889—1894 der Vorserumsperiode. Das Material umfaßt 1356 Fälle, indem die leichten Falle, die auch jetzt Serum nicht bekommen würden, ausgelassen wurden. Die Verff. fanden, daß die Mortalität der von den verschiedenen Krankheitstagen aufgenommenen Pat. auch in der Vorserumperiode bedeutend kleiner für die früh als für die später aufgenommenen und der Unterschied der Mortalität zwischen diesen Gruppen (bezw. zwischen den am 1.—2. und den am 7.—8. Krankheitstage aufgenommenen) verhielt sich ganz wie in der Serumperiode. Die Verff. weisen nach, daß man diese Gruppen überhaupt gar nicht vergleichen kann, da sie ganz ungleichwertig sind. Die große Mehrzahl der Pat. wird nämlich ziemlich früh — am 2.—3. Krankheitstage — angenommen, später werden verhältnismäßig wenige und wesentlich schwere Fälle aufgenommen; davon hängt die hohe Mortalität für die später aufgenommenen ab. Die Abhandlung ist sehr lesenswert wegen ihrer nüchternen Kritik. Sie wird im Therapeut. Monatsheft erscheinen. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

v. Dungern, Beitrag zur Kenntnis der Bindungsverhältnisse bei der Vereinigung von Diphtheriegift und Antiserum. (Aus dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 8 u. 9.) Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Die Vereinigung von Diphtheriegift und Antitoxin vollzieht sich nicht nach dem Schema Ammoniakborsäure.

2. Die beobachteten Bindungserscheinungen sind nur durch die Annahme einer komplexen Konstitution des Diphtheriegiftes verständlich zu machen.

3. Die Tatsachen erklären sich am besten durch die Wirkung von Toxon und Epitoxonoid. Das Epitoxonoid ist in sehr erheb-

licher Menge in der Giftbouillon vorhanden. Die immunisierende Wirkung scheinbar völlig abgesättigter Gifte findet dadurch ihre Erklärung.

4. Nach der Vereinigung der schwächer aviden Bestandteile des Diphtheriegiftes mit dem Antitoxin kommen feste Verbindungen zustande, welche auch durch stärker avides Toxin nur unvollkommen getrennt werden können. Die Festigkeit der Bindung ist für die Antitoxinwirkung von Bedeutung. Grätzer.

Johan Almkvist (Schwede), Über das Verhalten des Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillus zur spezifischen Immunitätsreaktion Pfeiffers. (Hygiea. 1904. No. 1.) Die Untersuchungen des Verf.s zeigten, daß weder bakteriolytische noch baktenrizide Wirkung auf Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebazillen sich von ihren respektiven antibakteriellen Immunseris ausüben ließ. Zur Darstellung der Immunsera wurden Kaninchen angewandt, und die Immunisierung geschah langsam. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

L. Neufeld, Über chronische Diphtherie. (Aus dem kgl. hygien. Institut in Posen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 20.)

21jährige Pat. war mit den Erscheinungen schwerer Kohlenoxydgasvergiftung dem Krankenhause zugegangen. In der Rekonvaleszenz, am 16. Tage, akquirierte Pat. eine Angina, die sich als typische Angina lacunaris dokumentierte. Nur 2 Tage Fieber, dann schwanden auch die Flecken, doch behielt Pat. Schluckbeschwerden zurück und einen eitrigen Schnupfen. Es schien sich um eine eitrige Rhinopharyngitis im Anschluß an eine Kohlenoxydgasvergiftung zu handeln, und fiel auch die Untersuchung ziemlich negativ aus. Erst später wurde ein nicht sehr tiefes Geschwür 2 cm unterhalb des Zäpfchens in der linken Hälfte der hinteren Rachenwand entdeckt, das in den Nasenrachenraum hineinzog und erst in der Rachenmandel endete. Lues war auszuschließen, auch für Tuberkulose sprach nichts. Dagegen fand man bei der bakteriologischen Untersuchung des Eiters Reinkulturen von Diphtheriestäbchen, und auch im Nasensekret ließen sich Diphtheriebazillen nachweisen. Das Geschwür war also ein diphtherisches, jene Angina offenbar eine abortive Diphtherie gewesen.

Der Verlauf war ein außerordentlich chronischer, erst nach 5 Monaten war das Geschwür abgeheilt. Während dieser Zeit waren nie pseudomembranöse Auflagerungen irgendwo zu bemerken, nie Temperaturerhöhungen zu konstatieren, dagegen konnten bis zur Abheilung des Geschwürs Löfflersche Stäbchen nachgewiesen werden und verschwanden erst dann allmählich. Noch Monate später hatte Pat. eitrige Pharyngitis und Rhinitis, und später zeigte sich beginnende Atrophie der unteren Muscheln. Pat. selbst hatte schon, als das Geschwür lange noch nicht abgeheilt war, das Gefühl vollständiger Gesundheit.

Der Fall, den N. zu den Diphtheroiden rechnen möchte, da weder die akute Halsaffektion noch das Geschwür die für den diphtherischen Prozeß typische Membranbildung aufwies, zeigt, wie leicht der lokale Prozeß übersehen werden hann. Man dürfte nicht fehlgehen, wenn man diese Art der Affektion als das Anfangsstadium jener chron. Rachendiphtheroide ansieht, wie sie z. B. auch von Neisser beschrieben worden sind. Auch in obigem Falle blieb ja eine chron. Rhinopharyngitis zurück, und die Atrophie der unteren Muschel läßt an einen beginnenden ozaenaartigen Prozeß denken. Eine anamnestische Erhebung über Diphtherie würde auch heute noch bei der Pat. vollkommen negativ ausfallen, da sie gar nicht weiß und auch nicht glauben würde, daß ihre 2tägige Halsentzündung Diphtherie war. Zudem ist der Prozeß ausgeheilt, ohne daß thera-

peutische Maßnahmen etwas Wesentliches dazu beitrugen. Man kann also annehmen, daß viele solcher Fälle übersehen werden oder gar nicht zur Behandlung gelangen. Jedenfalls ist an diese abortiven diphtherischen Anginen bei jenen chron. Prezessen als an die vermutlich erste klinische Erscheinungsform zu denken. Die Wichtigkeit dieser Krankheitsbilder ergibt sich von selbst. Man bedenke, daß vollkommen gesund aussehende Menschen Monate hindurch virulente Diphtheriebazillen in Mund und Nase beherbergen! Grätzer.

Symes, The presence of diphtheria bacilli in atrophic rhinitis. (British medical Journal. 1903. S. 484. S. fand in 20 von 23 Fällen von Rhinitis atrophica Diphtheriebazillen, die auch kulturell identifiziert wurden. Er glaubt daher, daß diese Form der Rhinitis ätiologisch mit der echten Diphtherie in Zusammenhang zu bringen ist, wobei zu beachten ist, daß auch Einspritzungen von Diphtherieserum von günstigem Einfluß bei dieser Erkrankung waren. In einem Falle wurden Diphtheriebazillen noch 16 Monate nach der ersten Untersuchung bei einem Kinde nachgewiesen. Schreiber (Göttingen).

K. Tarnowski (Bernburg), Ozaena, heilbar durch Behringsches Serum antidiphthericum. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 23.) Im Anschluß an die Veröffentlichungen über chronische Diphtherie, teilt T. 3 Fälle (Erwachsene) mit, bei denen er das Serum (1500 I.-E.) injizierte. In 2 Fällen erzielte er Heilung, einmal (Ozaena schon 40 Jahre bestehend) wesentliche Besserung. Grätzer.

E. Adler (Wien), Über Hautdiphtherien im Kindesalter. (Wiener med. Wochenschrift. 1904. No. 26—28.) Die Ergebnisse seiner eingehenden Arbeit faßt A. kurz in folgenden Sätzen zusammen:

a) Die Hautdiphtherien sind spezifische Erkrankungen, hervorgerufen durch die Klebs-Löfflerschen Diphtheriebazillen und deren Stoffwechselprodukte. Nur diejenigen Erkrankungen der Haut, wo nebst dem klinischen Bilde auch echte Diphtheriebazillen nachgewiesen werden, können als Hautdiphtherie bezeichnet werden;

b) die Hautdiphtherien können auch als idiopathische Erkrankungen auf intakter Hautoberfläche entstehen, obwohl in den meisten Fällen eine krankhaft veränderte Haut (Kontinuitätstrennungen, Wunden, Ekzeme, Impfpusteln usw.) den Boden zur Entstehung von Hautdiphtherien abgibt;

c) da Bakterientoxine von der Haut aus resorbiert werden, so können auch bei primären Hautdiphtherien ohne Mitbeteiligung der Schleimhäute als Folgeerscheinungen postdiphtherische Lähmungen auftreten und infolge von Herzlähmung — der Tod;

d) es sind daher alle Fälle von Hautdiphtherien rechtzeitig mit Diphtherieheilserum zu behandeln. Grätzer.

Netz (Karlsruhe), Gangrän bei Scharlach. (Therap. Monatshefte. Juli 1904.) Bei dem $7^1/_2$jährigen Kinde traten nach Ablauf der dritten Woche zunächst auf der Innenseite beider Oberarme symmetrisch je ein gangränöser Fleck im Gebiete des Nerv. cutan. brach. med. und des interosto-brach. auf, dann wurde fast die ganze

rechte Hinterbacke gangränös, an Fußrücken, Wade usw. kamen neue Gangränstellen hinzu. Bei der Therapie bewährten sich sehr Umschläge von 3%igem Wasserstoffsuperoxyd (Merck). Grätzer.

Guido Berghinz, Über einige Fälle von Scharlach. (La Pediatria. 1904. No. 1.) In den Monaten Januar bis Juni 1903 herrschte in Udine eine Scharlachepidemie, im Verlauf deren 90 Fälle zur Beobachtung gelangten, von denen keiner tödlich verlieh. Eine große Anzahl von Fällen hatte anomalen Verlauf, was aber, wie Verf. sich ausdrückt, der Epidemie ihr besonderes cachet verlieh, war das Vorkommen von akuten hämorrhagischen Nephritiden ohne vorausgehendes Exanthem, die vollkommen identisch waren mit jenen, die gleichzeitig bei den ausgesprochenen Scharlachfällen zur Beobachtung gelangten.

Im einzelnen tritt Verf. mit einem Fall von Scarlatina acutissima sine exanthemate, der innerhalb weniger Stunden zum Exitus kam, ferner einen Fall von fieberlos verlaufenden Scharlach, 8 Fälle von Scharlach ohne Exanthem mit akuter hämorrhagischer Nephritis parenchymatosa. F.

v. Szèkely, Beitrag zur Kenntnis der Scharlachinfektion. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 57. Heft 6.) Zwei Geschwister einer Familie erkrankten nacheinander am Scharlach. Das zweite aber erst 9 Wochen nach Beginn der Erkrankung beim ersten, nachdem es von vornherein absolut isoliert gehalten war. Die Erkrankung verlief leicht, zeigte aber deutliche Abschuppung. Das Exanthem erschien zuerst an der hinteren Seite des rechten Oberschenkels. Als Infektionsquelle kann nach S.s Ansicht nur eine bei dem erst erkrankten Knaben im Stadium der Abschuppung verwendete Zinksalbe angesehen werden, welche 2 Tage vor der Eruption seines Scharlachs auf eine heftig juckende Stelle an der Hinterseite des rechten Oberschenkels aufgestrichen wurde. Dafür spricht, daß eine Inkubation von mehr als 6 Wochen noch nie beobachtet wurde und daß der Ausschlag gerade an der mit der Salbe bestrichenen Stelle zuerst auftrat. Den leichten Verlauf der Krankheit erklärt S. in einer Abschwächung des Giftes durch die Zinksalbe und er empfiehlt, bei einer eventuellen Epidemie Präventivimpfungen mit derartig in Zinksalbe abgeschwächtem Schuppengift anzustellen. (Bei einem derartigen Experiment dürfte ein Konflikt mit dem Strafgesetze vorderhand nicht ganz auszuschließen sein. Anm. d. Ref.) R. Hecker (München).

Th. Fielding, A fifth attack of scarlet fever. (British medical Journal. 1903. S. 196.) Ein Schmied soll innerhalb 12 Jahre 5mal Scharlach gehabt haben mit Angina, Scharlachzunge, Fieber, Ausschlag und Desquamation. Schreiber (Göttingen).

K. G. Tingwall, Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie. (Hygienische Rundschau. 14. Jahrg. No. 3. S. 109.) In Westerås (Schweden) trat Januar 1902 eine kleine Scharlachepidemie (27 Fälle, sämtlich Kinder betreffend) auf, deren Entstehung nach Ansicht des Verf.s lediglich auf eine gemeinsame Milchquelle zurückzuführen ist, da keine anderen Berührungspunkte sich auffinden

ließen. (Es sind bereits vereinzelte derartige durch Milch verursachte Scharlachepidemien bekannt. Ref.) Die Fälle waren zum Teil schwer, vier kompliziert durch hämorrhagische Nephritis. In allen Fällen reichliches Exanthem und typische Desquamation. Alle 27 Fälle kamen zur Genesung. H. Walbaum (Göttingen).

J. T. Bowen, Protozoen als Krankheitserreger von Pocken und Scharlach. (The Journ. of cat. dis. Bd. 22. Februar 1904.) Prof. Councilman von der Harvard Medical School in Boston hat bei Gelegenheit einer kleinen Pockenepidemie im Jahre 1901 und 1902 eingehende histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über den Pockenerreger angestellt. Gleich in den ersten Anzeichen des Pockenexanthems treten in den Zellen des Rete mucosum kleine, strukturlose Gebilde von 0,5—1 μ Durchmesser auf. Sie wachsen bis zu 8—12 μ und lassen dann zwei differente Bestandteile erkennen, von denen einer eine dem Chromatin ähnliche Substanz bildet, der andere die indifferente Farbe des Cytoplasma annimmt. Die erstere zerfällt schließlich in eine Anzahl kleiner Körper, welche den zuerst beschriebenen strukturlosen Gebilden ähnlich sind. Damit ist der erste im Cytoplasma sich abspielende Zyklus der Entwicklung des Mikroorganismus vollendet und es beginnt der zweite Zyklus, der im Zellkern vor sich geht. Die im Cytoplasma produzierten Gebilde scheinen in den Kern einzudringen und Sporoblasten zu bilden, welche aus einem großen, zentralen Raum und einer Reihe kleiner, peripherisch um den größeren angeordneter Räume bestehen. In diesen letzteren entwickeln sich die Sporen, welche das eigentliche infektiöse Material der Pocken bilden.

Bei der Vaccinia kommt der Krankheitsprozeß nach Vollendung des ersten Zyklus zum Stillstand.

Die Untersuchung der Haut von Scharlachkranken hat zwei Gruppen von Gebilden ergeben. Die erste besteht aus runden oder länglich ovalen ued gelappten Körpern von 2—7 μ Durchmesser. Sie finden sich zwischen den Epithelialzellen in den unteren Epidermisschichten und auch im Protoplasma der Zellen, hier in Vakuolen. Auch in den oberflächlich gelegenen Lymphgefäßen und Lymphräumen der obersten Koriumschichten begegnet man ihnen. Die zweite Gruppe ist charakterisiert durch eine feine, strahlige Struktur. Man findet hier in den Vakuolen des Protoplasmas der Epithelzellen und auch frei in den oberen Lymphräumen und Lymphgefäßen des Koriums mehr kugelrunde Gebilde, bei denen man, wenn sie eine gewisse Größe erreicht haben, einen zentralen runden Teil unterscheiden kann, um welchen sich etwa 10—18 sehr schmale Segmente gruppieren. Diese gleichen in ihrem Verhalten zum Farbstoff und in ihrer Form ganz den kleinen, eingangs beschriebenen Gebilden.

Auffallenderweise wurden diese Gebilde nicht in der Mundhöhle und in inneren Organen gefunden. C. Berliner (Aachen).

M. Rochlin, Über den Diabetes insipidus bei Kindern. (Djetskaja Medizina. 1903. No. 5 u. 6.) Der Autor berichtet eingehend über seine an 5 Kindern mit Diabetes insipidus angestellten klinischen Beobachtungen und bespricht in kritischer Weise die in der Literatur

niedergelegten, von ihm sorgfältig gesammelten einschlägigen Angaben. Im Allgemeinen kommt der Verf. auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der Literatur der Frage zu folgenden Schlüssen. Von den beiden Hauptsymptomen des Diabetes insipidus steht allem Anscheine nach die Polydipsie an erster Stelle: eine Verminderung der Polydipsie hat eine bedeutende Herabsetzung der Polyurie zur Folge. Eine ganze Reihe von Symptomen, welche bei den Diabetischen zutage treten, wie Kopfschmerzen, Herzklopfen, Hitzegefühl im Gesicht, Schwindel, Verstopfung, läßt sich ungezwungen auf die bestehende Polyurie zurückführen, da infolge der gesteigerten Nierenfunktion die Ausscheidung des Wassers durch die übrigen Organe — Darm und Haut — erheblich herabgesetzt ist. Das Zentralnervensystem und zum Teil auch der sympathische Plexus coeliacus sind beim Diabetes insipidus stets in geringerem oder größerem Grade affiziert. Die Ätiologie des Leidens ist außerordentlich mannigfaltig: in Betracht kommen Traumen, Schreck, Infektionskrankheiten und Heredität. Der kindliche Organismus wird in der Regel von dem Diabetes insipidus nicht sonderlich alteriert und entwickelt sich dabei in vollkommen normaler Weise. Jede hinzutretende fieberhafte Erkrankung ruft fast immer eine beträchtliche Verminderung der Polyurie und Polydipsie hervor. Starkes Schwitzen vermag auf lange Zeit hinaus das Durstgefühl herabzusetzen. Erkrankungen der inneren Organe sind beim Diabetes insipidus selten, mit Ausnahme der Funktionsstörungen des Magens und des Darmes. Die Körpertemperatur war in sämtlichen beobachteten Fällen eine normale. Der Harn wurde langsamer und gleichmäßiger als bei gesunden Kindern ausgeschieden; die während der Nacht entleerte Harnmenge war größer als die Tagesmenge, obwohl das aufgenommene Flüssigkeitsquantum sich umgekehrt verhielt. Die medikamentöse Behandlung des Diabetes insipidus hatte nur eine Besserung zur Folge; eine vollständige und dauernde Heilung wurde hingegen durch heiße Bäder (von 30° R.) erzielt. Die sogenannte Durstkur ist nicht nur nutzlos, sondern auch gefährlich.

A. Dworetzky (Moskau).

A. Popoff, Der Diabetes insipidus im Kindesalter. (Medizinskoje Obosrenije. 1903. No. 13.) Im Kinderkrankenhause der Heil. Sophia zu Moskau wurden zwei Fälle von Diabetes insipidus bei Kindern beobachtet. I. Mädchen von 8 Jahren. Vor ungefähr 1 1/2 Jahren Beginn der Polydipsie und Polyurie; vor etwa 3 Jahren Fall von der Treppe nnd Kontusion des Kopfes mit vorübergehendem Bewußtseinsverlust; die Eltern nervös, unter der Verwandtschaft Schwindsüchtige. Urinmenge 3000 ccm, spez. Gew. 1003—1005, weder Eiweiß noch Zucker. Nach 7wöchentlicher Behandlung geringe Besserung. — II. Knabe von 3 Jahren. Aufgenommen mit Purpura simplex. Schwächliches, kränkliches Kind mit deutlichen Spuren von Rachitis, mit Bronchitis und doppelseitiger Mittelohraffektion. Urinmenge 3000 ccm spez. Gew. 1005—1007. Nach einmonatlicher Behandlung fast gar keine Besserung.

A. Dworetzky (Moskau).

Herescu (Bukarest), Ein Fall von Diabetes insipidus geheilt durch chirurgischen Eingriff (Nephropexie). (Spitalul. 1903.

No. 18.) In dem betreffenden, einzig in der Literatur dastehenden Falle, handelte es sich um einen 15jährigen Pat., der beim Versuche eine schwere Last zu heben, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Hypochondrium fühlte. Derselbe bestand durch 2 Monate und strahlte in die linke Weiche aus; gleichzeitig trat Polyurie auf; der Kranke trank große Flüssigkeitsmengen und entleerte 12—15 l Urin per Tag. Die Miktion bot nichts Abnormes dar, nur einmal trat während 5 Tagen leichte Hämaturie am Ende des Harnlassens auf. Die linke Niere stand tiefer und war die Gegend derselben auf Druck schmerzhaft. Um die Schmerzen zum Verschwinden zu bringen, nahm H. die Nephropexie vor und versuchte gleichzeitig durch Knetung des renalen Plexus und der Nebenniere auf den Diabetes insipidus einzuwirken. Die Operation wurde auf lumbalem Wege vorgenommen und die Niere durch drei Katgutnähte fixiert. Am folgenden Tage betrug die abgesonderte Harnmenge 1 l und schwankte in den folgenden Wochen zwischen 750 und 1000 g. Gleichzeitig war auch der Durst um vieles verringert, so daß Pat. nur $1\frac{1}{2}$—2 l Flüssigkeit innerhalb 24 Stunden zu sich nahm. H. sah denselben 36 Tage nach der Operation wieder und konnte feststellen, daß der günstige Zustand der gleiche geblieben war. Eine sichere Erklärung dieses therapeutischen Erfolges ist nicht zu geben, aber der Fall soll Veranlassung zu weiteren Forschungen, betreffend die Heilung des Diabetes insipidus auf chirurgischem Wege, geben. E. Toff (Braila).

Theodor Frölich (Norwege), Studien über Diabetes mellitus im Kindesalter. (Habilitationsschrift. 139 S. Christiania 1903.) Der Verf. gibt eine sehr detaillierte Darstellung der traurigen Krankheitsverlaufes in 5 Fällen von Diabetes mellitus bei Kindern im Alter von 2—14 Jahren. Die Pat. hat er sowohl in der Kinderabteilung des Reichshospitals als später außerhalb des Krankenhauses behandelt. Zur Kontrolle der Diät wurden zahlreiche Zuckerbestimmungen und Untersuchungen über den Gesamtstickstoff, den Harnstoff-N und den Ammoniak-N gemacht, zugleich wurden die Gerhardtsche Reaktion und quantitative Acetonbestimmungen vorgenommen. Auch die Resorptionsverhältnisse des Darmes wurden durch Bestimmungen der Stickstoff- und Fettmenge der Fäces berücksichtigt. Ferner wurden die Nahrungsmittel chemisch untersucht. Auf seine Beobachtungen gestützt sucht der Verf. die Hauptlinien der diätetischen Behandlung zu ziehen. Die Beobachtungszeit war in einem Fall nur einige Tage, in den anderen Fällen mehrere Monate bis 2 Jahre. Der Verf. bestätigt, daß die Prognose sehr schlecht ist, aber zeigt, wie eine rationelle Diät Besserungen von Zeit zu Zeit hervorrufen kann.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Berkenheim, Über Diabetes mellitis bei Kindern. (Aus Kissels Abteilung im St. Olga-Hospital zu Moskau.) (Klinisch-therap. Wochenschrift. 1903. No. 28.) B. kommt zn folgenden Schlüssen:

1. Der Diabetes bei Kindern ist keine so große Seltenheit, wie es bisher geschienen hat.

2. Die reine Form des Diabetes weist bei der Sektion keinerlei Veränderungen auf und ist sehr wahrscheinlich toxischer Herkunft.

3. Der Diabetes bei Kindern wird in allen Altersstufen, namentlich aber in späteren beobachtet.

4. In bezug auf das Geschlecht zeigt sich ein Vorherrschen bei Mädchen.

5. Heredität, Infektion und Traumen haben keine besondere ätiologische Bedeutung.

6. Die den Diabetes bei Kindern komplizierenden Infektionen setzen die Glykosurie herab.

7. Der Kinderdiabetes charakterisiert sich durch sehr bedeutende Zuckerausscheidung bei relativ geringer Harnstoffmenge.

8. Der Verlauf des kindlichen Diabetes ist ein ungleich rascherer als bei Erwachsenen.

9. Der Diabetes bei Kindern verläuft fast immer letal.

10. Ein wichtiges Symptom des kindlichen Diabetes ist die Incontinentia urinae.

11. Von Komplikationen sind Ödeme der Lider und der Extremitäten häufiger, hingegen Tuberkulose seltener als bei Erwachsenen.

12. In den meisten Fällen von kindlichem Diabetes kommt es zu Koma, dem häufig das Auftreten von granulierten Zylindern im Harn vorangeht.

13. Die Therapie ist meist machtlos und ist ausschließlich eine hygienisch-diätetische.

Grätzer.

G. Berkenheim, Über Diabetes mellitus bei Kindern. (Djetskaja Medizina. 1903. No. 2.) Während des 16jährigen Bestehens des Kinderkrankenhauses der Heil. Olga zu Moskau wurden dort 2 Fälle von Diabetes mellitus bei Kindern, einem 13- und einem 11jährigen Knaben, beobachtet, welche der Autor in der vorliegenden Arbeit beschreibt. In beiden Fällen trat Exitus letalis ein. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der in der Literatur niedergelegten Angaben entwirft der Verf. folgende Charakteristik der Zuckerharnruhr im kindlichen Alter. Gewöhnlich pflegen die reinen Diabetesformen zur Beobachtung zu kommen, d. h. solche, welche bei der Autopsie einen negativen Befund aufweisen und am allerwahrscheinlichsten toxischen Ursprungs sind. Die Erkrankung wird in sämtlichen Perioden des Kindesalters angetroffen, vorzüglich jedoch im vorgeschritteneren Alter, wobei ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts über dem männlichen wahrzunehmen ist. Heredität, Infektion und Trauma sind für die Ätiologie des Leidens von keiner besonderen Bedeutung; zum Diabetes hinzutretende Infektionskrankheiten pflegen sogar die Glykosurie gewöhnlich zu vermindern. Der kindliche Diabetes ist in der Regel durch die große Menge des zur Ausscheidung gelangenden Zuckers und durch die verhältnismäßig nicht besonders vermehrte Harnstoffmenge charakterisiert. Die Erkrankung geht leicht in die akute Form über, verläuft bei weitem rascher als bei Erwachsenen und endet fast stets mit dem Tode. Als ein dem kindlichen Diabetes besonders eigentümliches Symptom muß die Incontinentia urinae hervorgehoben werden. Im Gegensatz zu dem Diabetes der Erwachsenen ist die kindliche Zuckerharnruhr nur selten mit Tuberkulose kompliziert. Die Mehrzahl der im Kindesalter stehenden Diabetiker

geht im Koma zugrunde, als dessen Vorbote das Auftreten von granulierten Zylindern im Harn dient. — Die Behandlung kann nur eine hygienisch-diätetische sein. A. Dworetzky (Moskau).

B. Hudson, Diabetic Coma. (British medical Journal. S. 309. 1903.) Das 13jährige Mädchen war 6 Wochen zuvor erkrankt mit Gewichtsabnahme, Polydipsie und Polyurie. Beachtenswert ist in dem Fall das Auftreten von Krämpfen zu Beginn des Comas, die Abnahme der Urinmenge in den letzten Tagen, so daß derselbe nur mittels Katheters gewonnen werden konnte, sowie das Verschwinden des Zuckers in den letzten Tagen vorm Tode.

Schreiber (Göttingen).

Arnold Lorand, Alimentary Glycosuria in Children of Diabetic Persons. (Pediatrics. Januar 1904.) Verf. experimentierte mit Kindern diabetischer Eltern, um festzustellen, ob sich die alimentäre Glykosurie vererbt.

Seine diesbezügliche Vermutung hat sich in der Tat bestätigt, und er behauptet nun, daß die Mehrzahl der Kinder diabetischer Eltern erblich belastet sind, indem sie den Zucker im Körper nicht auszunutzen vermögen. Kohlehydrate werden eben nicht in der normalen Weise assimiliert. Es ist dies ein Hauptzeichen der erblichen Disposition zum Diabetes. Andere wertvolle Symptome derselben Anlage sind: Fettsucht, Acne vulgaris und vorzeitige Pubertät.

Alle solche Kinder sind Kandidaten für Zuckerkrankheit, die zwischen dem 35. und 40. Jahre auftreten kann.

Prophylaktisch warnt Verf. vor übermäßigem Genuß von Amylaceen und Süßigkeiten, aber auch vor Fleischgenuß in großen Quantitäten, denn erfahrungsgemäß disponiert beides stark zum Diabetes. Ferner sind psychische Traumen sorgfältig zu meiden.

Körperliche Übungen sind nützlich. Leo Jakobi (New York).

W. Knöpfelmacher, Alimentäre Glykosurie und Myxödem. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1904. No. 9.) Das Zusammentreffen von Basedowscher Krankheit mit Diabetes ist schon lange aufgefallen. Ferner steht fest, daß bei vielen Fällen von Basedow Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker vorhanden ist. Die Basedowsche Krankheit ist als Thyreoideaintoxikation aufzufassen. Auch bei der Thyreoidiafütterung (Schilddrüse, Jodothyrin) Gesunder tritt bei letzteren, wie feststeht, sehr häufig alimentäre Glykosurie auf. Hyperthyreoidismus also setzt offenbar die Assimilationsgrenze für Zucker herab. Daß diese Grenze andererseits bei Athyreoismus erhöht ist, hat Hirschl nachgewiesen.

K. hat nun bei 2 Fällen von kongenitalem Myxödem die Assimilationsgrenze für Traubenzucker untersucht und gleichzeitig den Einfluß der Schilddrüsenfütterung geprüft. Es ergab sich, daß beim kongenitalen Myxödem der Kinder (ebenso wie dies Hirschl für erworbenes Myxödem gefunden) die Assimilationsgrenze abnorm hoch liegt, und daß hier die Einführung der Schilddrüsensubstanz wesentlich Herabsetzung dieser Grenze im Gefolge hat.

Dies Ergebnis ist geeignet, den Einfluß der Thyreoideaintoxikation

auf die Zuckerassimilation zu erweisen. Auf welchem Wege bei der alimentären Glykosurie der Zucker in den Körperkreislauf gelangt, ist noch unentschieden. Als erwiesen aber kann gelten, daß verlangsamte Resorption (vielleicht auch damit zusammenhängend verlangsamte Peristaltik) die Assimilationsgrenze für Traubenzucker erhöht, beschleunigte Resorption sie herabsetzt. Das zeigte sich auch in Versuchen W. Schlesingers, in welchen Opiumgaben die Assimilation für Traubenzucker erhöht haben, wie ja Opium bei Diabetes die Zuckerausscheidung herabzudrücken vermag. In dieser Weise ist wohl auch das Verhalten der Myxödem- und Basedowkranken zu verstehen. Beim Myxödem träge Peristaltik, verlangsamte Resorption und Zirkulation, träger Stoffwechsel: pathologisch erhöhte Assimilationsgrenze für Traubenzucker; bei Hyperthyreoismus oft beschleunigte Peristaltik, lebhafte Resorption und Zirkulation: niedrige Assimilationsgrenze.

Grätzer.

Luis Agote (Buenos Aires), Diagnostic précoce du myxoedème congénital. (Archives de méd. des enfants. September 1903.) A. hebt die Wichtigkeit des frühzeitigen Erkennens dieser Krankheit hervor und zwar noch im Invasionsstadium. Die in Betracht kommenden Symptome sind folgende. Das Kind entwickelt sich ohne Störung bis zum Alter von 6 Monaten; zu dieser Zeit bemerken die Eltern, daß die seit der Geburt bestehende Nabelhernie nicht mehr reduktibel ist. Gleichzeitig beginnt die Hypertrophie der Zunge, derart, daß dieselbe die ganze Mundhöhle erfüllt und sogar zwischen die Zähne hervorragt. Hierdurch wird das Säugen erheblich erschwert, das Kind hat Erstickungsanfälle und sein Schreien nimmt einen eigentümlichen, rauhen, gutturalen Charakter an. Zu diesen Erscheinungen tritt später, nach etwa 10 Monaten, ein hartes, gelbfarbiges Ödem hinzu. Dann erscheint die permanente Erniedrigung der Körpertemperatur; das Kind hat immer kalte Extremitäten, ein diagnostisch wichtiges Zeichen. Die hartnäckige Konstipation und die Unregelmäßigkeiten in der Gewichtskurve, wenn man allwöchentliche Wägungen vornimmt, sind weitere Zeichen der Invasionsperiode. Diese Symptome zeigen Besserung nur auf Verabreichung von Thyreoideapräparaten, und spielt diese Behandlung auch eine wichtige diagnostische Rolle, etwa wie das Quecksilber in zweifelhaften Syphilisfällen. Doch muß hervorgehoben werden, daß die Thyreoideabehandlung, welche so rasch die anderen Symptome, Konstipation, Hypothermie, Hernie usw. beeinflußt, eine viel schwächere Wirkung auf die Zungenhypertrophie ausübt, und man kann selbst bei erheblich gebesserten Kranken nach langer Zeit noch die Zeichen dieser Difformität beobachten.

Bezüglich der Nabelhernie hebt A. hervor, daß dieselbe eines der frühesten Symptome ist; in Wirklichkeit ist es eine falsche Hernie ohne Darminhalt. Dieses Symptom hat in keinem der 16 von A. beobachteten Fälle von angeborenem Myxödem gefehlt.

E. Toff (Braila).

Henry Breitel, Du myxoedème spontané chez l'enfant. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Die Krankheit kommt viel häufiger vor als gemeinhin angenommen wird, was auch darauf zurückzuführen

ist, daß die Symptome nicht immer vollständig ausgebildet auftreten, auch nicht immer alle beisammen gefunden werden und infolgedessen oft verkannt werden. Es handelt sich wahrscheinlich manches Mal um vollständiges Fehlen der Thyreoidea, während in anderen Fällen nur eine Insuffizienz in der Funktion der Drüse vorliegen dürfte.

Bezüglich der Behandlung ist das Verabreichen von Thyreoideapräparaten geradezu als spezifisch zu bezeichnen; man gibt in Thyreoidinpastillen 0,10—0,40 g täglich. Die Resultate sind mitunter ganz auffallende; so sah B. ein 13jähriges Mädchen mit verkanntem Myxödem, welches nach einer Behandlung von nahezu 2 Jahren um 28 cm gewachsen war.

E. Toff (Braila).

K. Alt, Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems. (Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 28.) A. hat mit dieser Behandlung außerordentlich günstige Resultate erzielt und zeigt an zwei Beispielen, wie weit solche Kinder durch diese Therapie zu bringen sind.

Er pflegt die meist in sehr vernachlässigtem und elendem Zustand zur Anstalt eingelieferten Myxidioten zunächst einer vorbereitenden diätetisch-physikalischen Behandlung zu unterziehen, die meist vorliegende hartnäckige Stuhlverstopfung zu bekämpfen und den allgemeinen Ernährungszustand zu heben. Alsdann wird im Hinblick auf etwaigen luetischen Ursprung des Leidens eine Zeit hindurch Jod innerlich verabreicht, das zuweilen schon ganz merkliche Besserung, namentlich der Haut, bewirkt. Darauf wird unter sorgfältigster Regelung der Ernährung zur Behandlung mit Schilddrüsensubstanz übergegangen, die neuerdings ausschließlich in Form der Merckschen Tabletten à 0,1 g verabreicht wird. Anfänglich wird nur alle 2 Tage eine solche gegeben, dann täglich eine, falls nicht Störung der Herztätigkeit eintritt. Das Körpergewicht wird täglich gewogen und bei etwaiger Abnahme sofort Thyreoidin ausgesetzt. Wegen der unter dieser Behandlung ganz erheblich zunehmenden Stickstoffausfuhr wird der Nahrung im Bedarfsfall ein gut ausnutzbares Eiweißpräparat wie etwa Tropon zugesetzt, um einer Eiweißunterernährung vorzubeugen. Unter Befolgung dieser Vorsichtsmaßregel verläuft die Schilddrüsenbehandlung, welche sich auf Jahre erstreckt und nur zeitweilig versuchsweise ausgesetzt wird, durchweg ohne Zwischenfall und bringt jene verblüffende Besserung hervor, die nach längerem Aussetzen des Präparats allerdings wieder zu schwinden scheint. Man wird daher von einer Ausheilung nicht reden dürfen, da eine wenigstens zeitweilige künstliche Substituierung des im Körper selbst nicht produzierten lebenswichtigen Stoffes kaum zu entbehren sein dürfte.

Grätzer.

J. Wagner v. Jauregg, Über Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 30.) Verf. hat 72 Kretins aus einigen Ortschaften Steiermarks mit Schilddrüsensubstanz behandelt und damit sehr zufriedenstellende Erfolge erzielt. Es wurden erreicht Steigerung des Längenwachstums, Abmagerung, Steigerung des Appetits, Besserung

der geistigen Regsamkeit, der Gehör- und Sprechfunktion (schwere Störungen des Sprach- und Gehörvermögens konnten allerdings nicht mehr behoben werden), Schwinden der Kröpfe, Schließung der bis dahin offen gebliebenen großen Fontanelle, Fortschritte der Zahnentwicklung usw. Bei langer, bis zu 3 Jahren fortgesetzter Behandlung verloren die Kinder so ziemlich alle physischen Charaktere des Kretinismus.

Benutzt wurden meist die englischen Tabletten, von denen fast immer nur eine täglich (bei sehr kleinen Kindern sogar nur $^1/_2$) gegeben wurde, um Nebenwirkungen zu vermeiden. Grätzer.

Olof Dalsjö (Schwede), Ein Fall von geringgradigem infantilem Myxödem mit ausgebreiteter Psoriasis. (Hygiea. 1903. S. 337.) Es handelte sich um einen 19jährigen Jüngling. Die Stimme war kindlich, pomum Adami unentwickelt; kein Bart vorhanden; unbedeutender Haarwuchs in Axillen und in Regio pubica, kleine Testes. Die Gesichtshaut unelastisch, dick; der Gesichtsausdruck unentwickelt; die Nase und die Augenlider dick; die Epiphysenknorpel der unteren Enden der Ulnae und der Radii, sowohl als die der proximalen Enden des ersten Os metacarpi und die der distalen Enden der übrigen Mittelhandknochen und die der proximalen Enden aller Phalangen noch vorhanden und sehr breit. Die Zunge breit, dick, fast ohne Furchen und ohne Papillen, das Zahnfleisch geschwollen. Er war psychisch träge. Es war eine chronische Rhinitis und adenoide Vegetationen vorhanden. Endlich hatte er eine sehr bedeutende Psoriasis. Durch Behandlung mit Thyreoidintabletten bedeutende Besserung; die Psoriasis schwand schnell und nach dem Verlaufe von 4 Monaten konnte man einen Längenzuwachs von 4,5 cm nachweisen. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

W. P. Schukovski, Vitiligo bei einem 3 Tage alten Neugeborenen. (Aus der Gebäranstalt zu St. Petersburg.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Mai 1904.) Am dritten Tage, als das Kind genauer untersucht wurde, konstatierte man 10—12 Flecke, die über die obere Hälfte des Körpers zerstreut waren und ganz Vitiligoflecken glichen, allerdings gelblich erschienen, weil das Kind an Ikterus neonatorum litt. Ob die Hautaffektion eine kongenitale war, läßt sich nicht sagen, da das Kind vorher nicht so eingehend besichtigt worden war. Hereditäre Belastung lag nicht vor, das Kind hatte aber Exophthalmus, vielleicht also eine atypische Form von Basedowscher Krankheit, bei der ja einige Kardinalsymptome fehlen können. Vitiligo kommt jedenfalls bei Basedowscher Krankheit vor. Grätzer.

A. Monti, Maladie de Basedow. (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles. Jahrg. 6. S. 654.) Der Aufsatz ist eine wörtliche Übersetzung der in dem bekannten Lehrbuch von M. erschienenen Abhandlung, Bd. 3. S. 440. Schreiber (Göttingen).

Ottavio Zorzi, Die Thymusbehandlung bei Morbus Basedow des Kindesalters. (La Pediatria. Dezember 1903.) Es werden 3 Fälle von Morbus Basedow bei kleinen Mädchen von 8, 8$^1/_2$ und 9 Jahren beobachtet. In einem Falle kam in ätiologischer Beziehung die Chorea,

in einem anderen die Tuberkulose in Betracht. In 2 Fällen erzeigte sich die Darreichung von frischer Thymus, täglich 20—25 g, als wirksam. F.

Mazzeo, Pädiatrischer Beitrag zur Schilddrüsentheorie. (Gazzetta Internaz. di Medicina. 1904. No. 4.) Nachdem Verf. die intimen Beziehungen, die zwischen Myxödem, Morbus Basedow, adenoiden Vegetationen, Adipositas usw. einerseits und einer Alteration der Sekretion der Schilddrüse andererseits bestehen sollen, erörtert hat und nach einer Auseinandersetzung über die neuen Drüsen mit innerer Sekretion, bringt er eigne Beobachtungen zu diesem Kapitel.

Die erste betrifft einen klassischen Fall von familiärer Schilddrüsendegeneration; Mitglieder derselben Familie litten zum Teil an Morbus Basedow, zum Teil an Myxödem, zum Teil zeigte sich infantiler Habitus.

In einem anderen Fall hatten ein kropfleidender Vater mit senilitas praecox und eine Mutter mit Morbus Basedow 2 Söhne, von denen der eine ebenfalls Morbus Basedow hatte, der andre Infantilismus und adenoide Vegetationen aufwies, d. h. nach Erklärung des Verf.s bestand im ersteren Fall Dysthyreoidie, im zweiten Hypothyreoidie. Schilddrüsenkur bewirkte bei dem ersten Kind Rückgang des Exophthalmus und der Tachykardie mit ausgesprochener Besserung des Allgemeinzustandes und beim zweiten noch deutliche günstige Beeinflussung der somatischen wie psychischen Erscheinungen. F.

C. Parhon und **I. Papinian,** Note bezüglich der Wirkung der Thyreoidea und des Ovariums in der Assimilierung und Desassimilierung des Kalziums. (Romania medicala. 1904. No. 11 u. 12.) Die Verf. sind zur Überzeugung gelangt, daß die Thyreoidea eine wichtige Rolle in der Assimilierung des Kalziums, während das Ovarium eine ähnliche Rolle in der Desassimilierung dieses Elementes spielt. Deshalb bleibt die Kalkassimilierung und im allgemeinen die Entwicklung des Knochengerüstes zurück, wenn es sich um mangelhafte Entwicklung, um Atrophie oder Exstirpation der Schilddrüse handelt. Moraczevski hat in einem Falle von Akromegalie, unter dem Einflusse der Schilddrüsenbehandlung, neben einer Vermehrung der Stickstoff-, Chlor- und Phosphorausscheidung, auch eine Vermehrung der Kalziumretention konstatieren können. Auch die Verff. konnten in einem Falle von Hypothyreoidismus mit Zurückbleiben des Wachstums, durch Verabreichung von frischer Schilddrüse ($1—1^1/_2$ g pro die), eine Abnahme der ausgeschiedenen Kalziummenge feststellen: dieselbe betrug vor der Behandlung 0,450 g per Liter und 0,405 in 24 Stunden, während einen Monat nach Beginn derselben die bezüglichen Zahlen 0,250 und 0,150 waren. Das Körpergewicht hatte in derselben Zeit um 1530 g und die Körperhöhe um nahezu 4 cm zugenommen. Diese Wirkung der Thyreoidea erklärt auch den günstigen Einfluß der eingenommenen Schilddrüse auf die Konsolidierung von Knochenbrüchen, die keine Tendenz zur Heilung zeigen. Auf dieselbe Art würde auch der therapeutische Einfluß der Drüse auf die Hämophilie zu erklären sein, da das Kalzium die Koagulierbarkeit des Blutes erhöht.

Was das Ovarium anbetrifft, so sprechen viele Umstände dafür, daß dasselbe eine der Thyreoidea entgegengesetzte Wirkung ausübt. Es ist bekannt, daß die Porrosche Operation die Osteomalacie heilt; andererseits konnten die Verff. bei einer Pat., welche Symptome von Ovarialdefizit darbot, durch Verabreichung von Ovarialtabletten außer Besserung dieser Symptome auch eine erhebliche Vermehrung des ausgeschiedenen Kalziums feststellen. Dasselbe betrug vor der Behandlung 0,54 in 24 Stunden und sank nach derselben auf 0,20. Auch Senator hat in einem Falle von Osteomalacie, unter dem Einflusse der ovarialen Behandlung eine bedeutende Vermehrung der ausgeschiedenen Kalksalze feststellen. Die Erklärung dieser Ovarialfunktion auf die Ausscheidung der Kalksalze, würde diese sein, daß während der Schwangerschaft die überschüssigen Kalksalze zur Entwicklung des Kindes herangezogen werden, daß diese Funktion durch die Laktation weiter fortgesetzt wird, dann aber die Kalksalze in exzessiver Menge im Organismus zurückgehalten werden würden, falls nicht das Ovarium, welches während der erwähnten Zeitperiode im Ruhezustand verharrt, die Eliminierung des überflüssigen Kalziums besorgen würde.

Therapeutisch empfehlen die Verf. auf Grund dieser Erwägungen die Anwendung der ovarialen Opotherapie bei Akromegalie.

Es gibt auch noch andere Organe, welche eine Rolle in der Fixierung der Kalksalze im Organismus spielen, so z. B. die Hypophysis und die Thymusdrüse. E. Toff (Braila).

S. Magni, Über einige histologische Untersuchungen der normalen Thymusdrüse eines 6monatlichen und eines reifen Fötus. Vorläufige Mitteilung. (Archiv. f. Kinderheilkunde. Bd. 38. Heft 1 u. 2.) Die vom Verf. nach verschiedenen Konservierungs- und Färbemethoden behandelten Organe sind von einem durch Verdoppelung der Kapsel gebildeten Sinus lymphaticus umgeben. Die Thymus besteht aus einem Grundnetz von Blutgefäßen, dessen Hohlräume von den Organzellen ausgefüllt werden. Diese Zellen sind in der Rindenzone klein und ohne Regelmäßigkeit, in den zentralen Partien größer und in schichtartiger Anordnung. Die Rindenzellen scheinen dem Verf. aus ihren Kernen Erythrozyten zu bilden, die in die Venen dèr Rinde eindringen. Die medulläre Zone dagegen scheidet aus ihren dabei zugunde gehenden Zellen Elemente kolloider Natur aus, die teils von den Leukozyten der Lymphgefäße, teils direkt durch die Kapillargefäße der Nerven in den Kreislauf geführt werden.

Hutzler (München).

George Blumer, The relation of Status lymphaticus to Sudden death. (Pediatrics. Januar 1904.) Neue Kasuistik und allgemeine Betrachtungen über den Status lymphaticus in seinen Beziehungen zum plötzlichen Tode, zum Tode in der Narkose und infolge von Infektion. Die Schlußfolgerungen sind:

1. „Status lymphaticus“ ist eine bestimmte pathologische Entität.
2. Der Zustand ist wahrscheinlich verbunden mit einer intermittierenden Lymphotoxämie. Möglicherweise ist letztere sogar die Ursache des ersteren.
3. Plötzlicher Tod kann zufolge der Lymphotoxämie allein ein-

treten, oder diese prädisponiert zum letalen Ausgang bei Gegenwart von anderweitigen toxischen, physischen oder psychischen Schädlichkeiten.

4. Zuweilen kommt es zum plötzlichen Tod infolge rein mechanischer Verhältnisse, nämlich Asphyxie durch Druck der vergrößerten Thymus auf die Trachea.

5. In einigen Fällen können die Träger des Status lymphaticus klinisch erkannt werden. Leo Jacobi (New York).

Eleanor C. Jones, A case of Thymus-enlargement in an Infant. Sudden death. (Archives of Pediatrics. August 1903.) Bericht über einen Fall von Thymustod. Der Säugling war $3\frac{1}{2}$ Monate alt und starb plötzlich. Bei der Sektion fand sich eine stark vergrößerte Thymusdrüse, welche 7 cm lang und $3\frac{1}{2}$ cm breit war und das Herz bedeckte.

Allgemeine Drüsenschwellungen fanden sich ebenfalls vor, und Verf. reiht ihren Fall in die Gruppe des „Status lymphaticus“ ein.
Leo Jacobi (New York).

Ferrannini, Über von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus. (Archiv f. Psychiatrie. Bd. 38. Heft 1.) Auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Der Infantilismus nach dem Typus Lorain (infantiler Typus oder degenerativer Infantilismus) kann mit dem Infantilismus nach dem Typus Brissaud (Infantilismus myxoedematosus) nicht verwechselt werden. Bei ersterem handelt es sich um einen Menschen en miniature mit verlangsamter, aber doch fast vollendeter Entwicklung, bei dem Typus Brissaud um ein Individuum, das in seiner Entwicklung auf der Stufe der Kindheit stehen geblieben ist.

Bei dem Typus Lorain kann man verschiedene Formen mit charakteristischen Merkmalen unterscheiden, und zwar besonders den tuberkulösen, den syphilitischen, den Malariainfantilismus, ferner den toxischen und den auf Störungen am Zirkulationsapparat beruhenden Infantilismus (den pulmonalen und mitralen).

In einem Falle von Mitralinfantilismus fand Verf. eine beständige Eiweißsparnis, eine mangelhafte Darmresorption, eine dürftige Einfuhr und Verbrauch der Kalorien, eine spärliche Harnstoffausscheidung, eine geringe Steigerung der Ausscheidung der Alloxurbasen, ein schwaches Defizit in der Abgabe der Harnsäure, eine gesteigerte Ausscheidung des Ammoniak- und Extraktivstickstoffes; die Darmfäulnisprozesse waren nicht sehr intensiv, die Chlorausscheidung, Harnmenge und Harnazidität waren etwas subnormal. Im großen und ganzen entsprach die Bilanz einem Alter, das niedriger war, als das der Kranken in Wirklichkeit war. Kurt Mendel.

Jeandelize, Insuffisanze thyroïdienne et parathyroïdienne. (Revue neurol. 1903. No. 5.) Experimente an Tieren ergaben: Der Funktionsbeschädigung der Thyreoidea entsprechen chronische (Ernährungs-)Störungen, der Insuffizienz der Glandulae parathyreodeae acuta (Krämpfe). Beim Menschen ergaben die an ihm

ausgeführten Operationen das gleiche Resultat: nach Entfernung der Schilddrüse entsteht Myxödem (chronisch, Ernährungsstörung), nach Entfernung der Glandulae parathyreoideae Tetanie (acut, Krämpfe). Ebenso wie die Thyreoidea müssen auch die Nebenschilddrüsen bei Operationen respektiert werden.

Die spontane (nicht durch Operation bedingte) Insuffizienz der Thyreoidea beim Menschen zeigt folgende vier Hauptsymptome: Störung der Intelligenz (Apathie), Störungen in der Haut (Ödem, Adipositas), am Skelett (Zwergwuchs), an den Genitalorganen (Entwicklungshemmung). Bei Erkrankungen der Thyreoidea ist die Heredität von Wichtigkeit, im späteren Alter werden besonders Frauen befallen, vor der Pubertät sind beide Geschlechter in gleichem Maße beteiligt. Der Kretinismus ist auch Folge einer Funktionsstörung der Schilddrüse, auf endemischen Ursachen beruhend.

Die Behandlung der Schilddrüseninsuffizienz besteht in Organotherapie.

Auch beim Tiere kommt wie beim Menschen eine spontane Schilddrüseninsuffizienz vor.

Als Folgen einer spontanen Funktionsstörung der Glandulae parathyreoideae beim Menschen sind wahrscheinlich gewisse Krampfzustände (Kinderkonvulsionen, Tetanie, Epilepsie, Eklampsie) anzusehen,

Kurt Mendel.

E. Neter, Zur Pathogenese und Therapie des Laryngospasmus, der Tetanie und Eklampsie. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1904. No. 3.) Hauptsächlich auf die bisherige Literatur sich stützend, zeigt N. zunächst, daß Laryngospasmus, Tetanie und gewisse Fälle von Tetanie heutzutage als zusammengehörig betrachtet werden, indem sie einen sogenannten tetanoiden Zustand als gemeinsames wesentliches Moment zur Grundlage haben. Dieser tetanoide Zustand wird dadurch charakterisiert, daß objektiv die Erscheinungen einer latenten Tetanie, aber keine Zeichen der manifesten Form derselben nachzuweisen sind. Von pathognomonischer Bedeutung sind vor allem das Trousseausche Phänomen, sowie das Erbsche, das der gesteigerten elektrischen Nervenerregbarkeit. Es hat sich gezeigt, daß die Entziehung der bisherigen Kuhmilchnahrung bei Kindern mit manifester oder latenter Tetanie das Erbsche Symptom zum Verschwinden bringen kann, und daß die gesteigerte elektrische Erregbarkeit oft sofort wiederkehrt, sobald wieder Kuhmilch gereicht wird, daß endlich Tetanie und Laryngospasmus bei Brustkindern nur sehr selten vorkommen. Es muß da offenbar in der Kindermilch eine Substanz sein, die bei einer gewissen Disposition das Nervensystem deletär auf dieses einwirkt, bei normalen Säuglingen aber vielleicht durch die Funktion gewisser Organe paralysiert oder an der Entstehung verhindert wird. Bekanntlich zeigt die Thymus große Abhängigkeit von dem allgemeinen Ernährungszustand; je hochgradiger die Abmagerung, desto atrophischer die Thymus. Nun kommen Tetanie und tetanische Zustände zumeist bei Kindern vor, deren Ernährungszustand durch chronische Erkrankungen, hauptsächlich durch solche des Digestionstraktus, gelitten hat, wo also auch eine entsprechende Atrophie der Thymus offenbar vorhanden ist, die ihrerseits

zur Funktionsstörung dieses Organs führt. Durch diese wiederum entstehen vielleicht im intermediären Stoffwechsel abnorme Produkte oder werden normale nicht genügend paralysiert, Produkte, die offenbar gerade auf das Nervensystem einwirken, indem sie dieses in ein so labiles Gleichgewicht versetzen, daß es auf einen äußeren Reiz, die Kuhmilch, mit Übererregbarkeit der Nerven und reizbarer Schwäche reagiert. Kinder mit tetanischen Zuständen sind nun wohl auch bisweilen wohlgenährt und weisen Hypertrophie der Thymus auf. Aber auch hier dürfte es zu einer Funktionsstörung des Organs kommen, ebenso wie bei der Atrophie.

Die Therapie hat demnach bei allen Krämpfen auf tetanoider Basis (abgesehen von der symptomatischen Behandlung der Konvulsionen) zunächst in sofortigem Aussetzen der Kuhmilch zu bestehen, an deren Stelle Haferschleim oder Kindermehle (aber nicht mit Milch zubereitete!) treten. Eventuell mehrere Dosen Kalomel. Empfehlenswert noch längere Darreichung von Phosphorlebertran. Der Übergang zur Kuhmilch soll später ganz vorsichtig erfolgen.

Grätzer.

R. Peters, Zur pathologischen Anatomie der Tetanie (auf Grund von 7 Obduktionsbefunden). Theoretisches und Experimentelles über die Genese der tetanischen Symptome. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 77. Heft 1 u. 2. S. 69.) Die interessanten Untersuchungen stützen sich auf ein Material von 77 Kindern. Zunächst teilt P. zwei neue klinische Symptome mit, von denen er das eine das „Hampelmannphänomen" nennt. Wenn man die Anode eines Stromes von 3 Millim. Amp. Stärke auf die Brust setzt und die Kathode auf den 5., 6. oder 7. Halswirbel, so erhält man bei jedem Stromschluß in den beiden Oberextremitäten blitzartige Zuckungen, welche an die Zuckungen der Glieder eines Hampelmannes erinnern. Steht die Kathode in der Mittellinie, so sind die Zuckungen doppelseitig, bei seitlichem Aufsetzen derselben sind auch die Zuckungen einseitig.

Bei Auflegen der Kathode auf den oberen Teil des Nackens und Stromschluß kam jedesmal eine Einziehung des Hypogastriums zustande und unwillkürliche Inspiration mit Geräusch, was als Zwerchfellkontraktion infolge von Phrenicusreizung anzusehen ist.

P. faßt diese Erscheinungen als Symptome einer Übererregbarkeit in den Wurzeln auf.

Als pathologisch-anatomisches Substrat fand P. in 8 Fällen eine Entzündung des extraduralen Bindegewebes, eine Pachymenigitis externa, und eine Entzündung der von dem betreffenden Gewebe eingeschlossenen Nervenwurzeln und Ganglien, eine Neuritis interstitialis und Gangliitis.

Die Neuritis interstitialis findet sich sowohl in den motorischen wie sensiblen Wurzeln, die peripheren Nerven sind frei.

P. hält diese Veränderungen für charakteristisch für Tetanie, da sie in allen Fällen von Tetanie gefunden werden, bei anderen Krankheiten fehlen, da speziell solche Wurzeln betroffen sind, deren Vorbereitungsbezirke Sitz von Krämpfen sind und Wurzeln freigelassen sind, deren Muskelgebiet intra vituam krampflos blieb.

P. faßt sonach die Tetanie nicht als ein funktionelles, sondern als ein organisches Leiden auf.

Die Krämpfe stellen einen komplizierten reflektorischen Vorgang dar. Als causa movens sind die entzündlichen Prozesse in dem sensiblen Abschnitt anzusehen, welche den motorischen Rückenmarkszentren krankhaft gesteigerte Impulse zuführen. Dabei soll eine Übererregbarkeit der motorischen Bahnen durch eine mechanische Kompression der motorischen Wurzelfasern durch Entzündungsprodukte und Hämorrhagien, ferner venöse Stauungsvorgänge im Gebiete der Wurzeln eine wichtige Rolle spielen. So erklärt P. das Vorwiegen der Krämpfe in Hand- und Fußmuskeln durch den großen Umfang und somit leichtere Einklemmung der 7. und 8. Zervikal-, der untersten Lumbal- und obersten Sakralwurzeln; ferner die Tatsache, daß das Trousseausche Phänomen nicht durch Nervenkompression zustande kommt, sondern nur dann, wenn durch Kompression der Brachialis eine Stauung im Wurzelgebiet erzeugt worden ist. Auch durch künstlichen Blutandrang im Wurzelgebiete durch Anlegung der Esmarchschen Binde konnte P. Krämpfe in den Händen und das Hampelmannphänomen auslösen.

P. stellt uns eine weitere Arbeit über die Erklärung der Zerebralsymptome in Aussicht, die wohl allgemein mit Spannung erwartet werden dürfte. Hugo Starck (Heidelberg).

Halmi, Behandlung der Epilepsie ohne Brom. (Psych.-neur. Woch. 1904. No. 8.) Verf. spricht sich gegen die Anwendung der Bromtherapie in Anstalten aus; er gibt Brom nur von Zeit zu Zeit und zwar in Fällen, in welchen er im voraus weiß, daß der Kranke mehrere Anfälle nacheinander haben wird oder wenn eine mehrere Tage währende epileptische Erregung erfolgen wird. In diesem Falle stehen uns aber auch andere, beruhigende Mittel (Hyoscin, Atropin, Chloralhydrat, Morphium) zur Verfügung, besonders gut wirkt in einzelnen Fällen das Veronal. Warme Bäder und lauwarme Einpackungen sind gleichfalls anzuwenden.

Jedenfalls kann man „auch ohne Bromtherapie mit Hilfe einer im Interesse des Kranken liebreich und verständnisvoll angewendeten Suggestion“ in vielen Fällen die Anzahl der Anfälle und deren Intensität vermindern. Kurt Mendel.

W. Freund, Cardiospasmus, vermutlich hysterischer Natur, bei einem 2jährigen Kinde. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1903.) Einziges, sehr verzogenes Kind, dem gegenüber die Eltern jede Autorität verloren haben, wird seit Monaten mit Vollmilch ernährt und konsumiert täglich kolossale Quantitäten, bis zu 3 Litern, von denen es aber so gut wie nichts behält, weil es schon während der Nahrungsaufnahme jeden Schluck sofort wieder ausbricht; es verlangt stürmisch nach Milch, trinkt, bricht sofort aus, trinkt wieder, bricht usw. So ging es bisher den ganzen Tag, die Mutter stellte schon neben das Kind den Eimer hin, da es ja doch nicht anders gehen wollte. Eine Sondenuntersuchung ergibt, daß Magensonden der verschiedensten Dicke und Härte 18 cm hinter der Zahnreihe stecken blieben. Daß dies

Passagehindernis nur ein funktionelles war, bewies das sofortige therapeutische Ergebnis dieser Magensondierung nebst einer 2tägigen Entziehung der Milch. Das Erbrechen hörte wie mit einem Schlage auf, das Kind vertrug von da ab nicht nur Milch, sondern auch Suppen, Gries, Reis, Gemüse anstandslos. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 20. Mai 1904.

(Nach Wiener klin. Wochenschrift.)

Prof. Escherich: **Demonstration zweier Fälle von Erythema contagiosum.**

Die beiden 8 bezw. 10 Jahre alten Mädchen haben sich gestern wegen eines zuerst im Gesicht bemerkten Ausschlages im Spital vorgestellt. Da dieser Ausschlag mit keinem der gewöhnlichen akuten Exantheme identisch und in den letzten Monaten, wie es scheint, recht häufig in Wien beobachtet worden ist, dürfte es berechtigt erscheinen, einiges über diese neue Krankheit mitzuteilen, die ich in Graz durch viele Jahre zu studieren Gelegenheit hatte.

Die Erkrankung tritt stets in epidemischer Form zumeist im Anschluß an Masernepidemien mit mehrjährigen Intervallen auf und wird zumeist bei Geschwistern, in Schulen, Kindergärten usw. beobachtet. Die meisten Erkrankungsfälle betreffen Kinder zwischen 4 und 12 Jahren, der jüngste Pat. war 14 Monate alt; sie scheinen sich durch ein Kontagium zu verbreiten, für das jedoch keine große Empfänglichkeit besteht. Die Inkubationszeit beträgt in genauer verfolgten Fällen 6—14 Tage. Der Ausbruch ist manchmal von leichtem Unbehagen, Mattigkeit, Halsschmerzen begleitet; meist aber ist das Wohlbefinden der Kinder während der ganzen Krankheitsdauer ungestört und der Ausschlag das einzige Krankheitssymptom. Derselbe betrifft ausschließlich die äußere Haut. Konstante Schleimhautveränderungen wurden nicht beobachtet. Der Ausschlag beginnt im Gesicht mit einer intensiven Röte und Turgeszenz der Wange, die sich rotlaufartig gegen die Nasolabialfalte scharf begrenzt und dadurch von der blassen Kinn- und Mundpartie deutlich abhebt. Seltener findet man Flecke und Gyri. Die Schwellung und Rötung verliert sich gegen die Ohren zu und endet dort in einer zackigen oder buchtigen Linie. Diese Erscheinung, die von den Müttern manchmal nicht einmal als Erkrankung, sondern als besonders blühendes Aussehen gedeutet wird, ist die konstanteste und charakteristischeste Form der Erkrankung. Außerdem finden sich auf der Stirn und in der Ohrengegend einzelne große Flecke von bläulich-roter Farbe, die mit denjenigen, wie sie nunmehr auf Extremitäten und Rumpf erscheinen, im wesentlichen übereinstimmen. Am stärksten sind die Extremitäten befallen. An den Armen kommt es an den Streckseiten meist zur Konfluenz der Flecken, die an der Beugeseite noch deutlich zu unterscheiden sind. An den unteren Extremitäten ist die Glutäalgegend am dichtesten von dem großfleckigen, leicht papulösen Ausschlag bedeckt, der sich vorwiegend an der Beugefläche der Beine herab erstreckt. Relativ am sparsamsten und spätesten finden sich die Flecken am Stamme, der nicht selten ganz frei bleibt. Das Exanthem ist durch 6—10 Tage sichtbar. Es erblaßt zuerst im Gesicht und am Stamm, am längsten erhält es sich auf den Extremitäten, wo die scharfen Konturen und die papulöse Beschaffenheit der Flecken allmählich verschwinden und einer verwaschenen, landkartenartigen oder netzförmigen Zeichnung, ähnlich der Cutis marmorata, Platz machen. Dieselbe bleibt an einzelnen Stellen als letzter Rest des Ausschlages durch längere Zeit sichtbar und tritt bei Erregung, in der Bettwärme usw. besonders deutlich hervor. Ich lege

Ihnen hier eine Anzahl Abbildungen vor, die in der Epidemie im Frühjahr 1899 in Graz angefertigt wurden und Ihnen die Veränderungen in typischer Weise zeigen. Abschuppung und Nachkrankheiten, wie wiederholte Erkrankungen wurden bisher nicht beobachtet.

Zur Geschichte der Erkrankung bemerke ich, daß dieselbe zuerst in Graz von Pschamer als eine Abart der Röteln, als sog. örtliche Röteln beschrieben wurde. Es scheint, daß sie dort besonders häufig vorkommt; denn bei meiner Übersiedlung nach Graz hatte ich sofort Gelegenheit, einige dieser Fälle zu sehen und ich habe dort 3 Epidemien in den Jahren 1890, 1897 und 1899 zu studieren Gelegenheit gehabt.

In der ersten aus meiner Klinik erschienenen Arbeit von Gumplowicz (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 32, 1891) wird die Erkrankung genau beschrieben, aber noch als Rötelu angesprochen. Erst als ich kurze Zeit darauf eine zweifellose Rötelepidemie zu beobachten Gelegenheit hatte, gewann ich die feste Überzeugung von der Verschiedenartigkeit der beiden Erkrankungen und gab denn auch in der Diskussion zu dem auf dem Moskauer Kongreß 1896 gehaltenen Vortrage von Tobeitz (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 35) Ausdruck. Erst die große im Jahre 1899 in Graz und anderwärts aufgetretene Rötel- und Erythemepidemie gab Veranlassung zur Publikation von Schmid (vgl. diese Wochenschrift, 1899, No. 47), in welcher dieser Standpunkt dargelegt und die Differentialdiagnose der beiden Erkrankungen eingehend besprochen wurde. Zu gleicher Zeit, im Frühjahr 1899, hat Prof. Sticker in Gießen eine kleine abgeschlossene Epidemie dieser Erkrankung beobachtet und ohne Kenntnis von unseren Arbeiten unter dem Namen: „Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Gießen (Erythema infectiosum)" in einer sehr wenig gekannten „Zeitschrift für praktische Ärzte, 1899" veröffentlicht. Eine weitere Beobachtung aus dem Mai 1900 liegt von dem Spezialarzt für Hautkrankheiten Dr. Plachte vor, welcher der Krankheit einen neuen und, wie mir scheint, besser gewählten Namen „Megalerythema epidemicum, die Großflecken, ein neues Kinderexanthem" (Berl. klin. Wochenschr., 1904) gegeben hat. In allen diesen Fällen handelt es sich, wie wohl auch in der Pospischillschen Mitteilung, um identische Krankheitsprozesse, die also, wie es scheint, in zunehmender Häufigkeit und in nördlicher Richtung sich ausbreitend auftreten. Sie verdienen unsere Aufmerksamkeit vor allem wegen der Möglichkeit der Verwechslung mit den bekannten akuten Exanthemen und ich hatte schon mehrmals Gelegenheit, die seitens des Hausarztes auf Scharlach oder Masern gestellte Diagnose zu korrigieren. Da die Krankheit natürlich auch bei Kindern auftritt, welche Scharlach oder Masern überstanden, so wird sie nicht selten auch für eine abnorm leicht verlaufende zweitmalige Masern- oder Scharlacherkrankung gehalten. Ein solcher Zweifel ist aber wegen der Isolierung und des Schulbesuches unter Umständen von großer Tragweite. Den Erythemkindern kann der Schulbesuch, sobald die auffällige Hauterkrankung im Gesicht geschwunden, gestattet werden.

Ich nehme noch Gelegenheit, einen Irrtum, der sich in dem Artikel von Plachte findet, richtig zu stellen. Er schreibt im Anschluß an die Besprechung der Stickerschen Publikation: „Wie dem auch sei, die Stickersche Abhandlung hatte jedenfalls den Erfolg, die letztere (Erkrankung) als selbständiges Erythema infectiosum abzuzweigen." Aus den oben zitierten Abhandlungen geht hervor, daß das charakteristische Krankheitsbild in Graz zuerst beschrieben und seit dem Jahre 1890 an der Grazer Klinik andauernd und nach allen Richtungen hin studiert worden ist, so daß in der im Herbst 1899 erfolgten Publikation von Schmid bereits über eine fast 10jährige Beobachtungsdauer und 3 Epidemien mit zusammen 91 Fällen berichtet werden konnte. Die ohne Kenntnis der früheren Arbeiten erfolgten Mitteilungen Stickers bezieht sich auf eine kleine, im Frühjahr 1899 beobachtete Epidemie und kam erst kurz vor dem Abschlusse der Schmidschen Arbeit zu unserer Kenntnis. Wenn wir den von Sticker gewählten Namen des Erythema infectiosum akzeptiert haben, so geschah dies, weil ein besserer bezw. befriedigenderer damals und auch heute noch nicht existiert und weil mit der Einführung neuer Namen nur das gegenseitige Verständnis erschwert wird. Um so nachdrücklicher kann ich aber hervorheben, daß der Grazer pädriatischen Schule das uneingeschränkte Verdienst gebührt, diese neue Erkrankung zuerst beschrieben, studiert und ihre Sonderstellung erkannt zu haben.

Hofrat Prof. Weinlechner: Mit Rücksicht auf die interessanten Mitteilungen des Prim. Lotheissen und Prof. Schlesinger über die **Behandlung von Lungenabzessen** teile ich zwei einschlägige Fälle aus dem St. Anna Kinderspitale mit, welche ich daselbst im Jahre 1894 operiert habe. Beidemale lagen Fremdkörper vor.

1. Ein 2jähriges Mädchen hatte vor 4 Monaten eine kleine Stahlschraube geschluckt. Seitdem litt das Kind an anfallsweise auftretenden Husten mit reichlichem Eiterauswurf, der schließlich übelriechend wurde. Zum Husten gesellte sich gewöhnlich Erbrechen von Speiseresten. Am 25. Januar, bei der Aufnahme des fiebernden Kindes an der Klinik Widerhofer, fand man auf der rechten Lungenseite pleuritisches Reiben, Dämpfung, kavernöses Atmen und metallisches Klingen; im Auswurf elastische Fäden. Weinlechner übernahm die chirurgische Behandlung und konnte nach Punktion mit einer Pravatzschen Spritze Eiter entleeren und eine kastaniengroße Abszeßhöhle abtasten. Am 1. Februar resezierte er ein 16 mm langes Stück der achten Rippe, drang nun bis zur Pleura costalis vor und füllte die Wundhöhle mit Jodoformgaze aus, um eine adhäsive Entzündung beider Pleurablätter zu erzielen. Einige Tage später eröffnete er den Lungenabszeß, fand jedoch die Schraube nicht vor. Die Abszeßhöhle wurde drainiert. Am 14. Februar drang er mit einem winkelig gebogenen Zängelchen in die Abszeßhöhle ein, gelangte nach innen und oben zu durch eine kleine Öffnung in einen Bronchialzweig, der erweitert schien, so daß er das Zängelchen öffnen und die darin vermutete Schraube fassen und extrahieren konnte. Die Schraube war 14 mm lang und geschwärzt. Die Wunde wurde drainiert, die Höhle täglich mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült, wobei der größte Teil der Flüssigkeit ausgehustet wurde. Von nun an erholte sich das Kind sichtlich, das Fieber schwand, die Eitersekretion hörte allmählich auf; Mitte März war nur mehr eine Bronchialfistel vorhanden, welche Mitte April geschlossen war. Das Kind, gesund und kräftig aussehend, zeigte bei der Entlassung die rechte Thoraxhälfte ebensoweit als die linke und an der Operationsstelle eine eingezogene Narbe.

Die präzise Angabe der Eltern, daß das Kind eine Stahlschraube verschluckt und darauf einen Erstickungsanfall gehabt habe, erleichterte die Diagnose. Auch hier befand sich der Fremdkörper wie öfter im Bronchialzweige und der dadurch bedingte Abszeß war peripher an diesem im Lungengewebe entstanden. Sobald man mit dem Instrument vom Abszeß aus in den Bronchus drang, wurde sofort ein heftiger Hustenanfall ausgelöst, eine Erscheinung, welche in therapeutischer Beziehung wichtig war und die Auffindung des Fremdkörpers wesentlich begünstigte.

2. Ein 1jähriger Knabe wurde am 13. Oktober aufgenommen mit der Angabe, daß er am 9. September unter Husten fieberhaft erkrankt sei. Der Husten habe sich einige Tage später gebessert, jedoch soll sich in den letzten drei Wochen an der rechten Brustseite rückwärts eine Geschwulst gebildet haben, welche auf Druck sehr empfindlich war und deren Größe wechselte. Nebenbei wurde angegeben, daß Patient vor Beginn der Krankheit gefallen sei; von einem verschluckten Fremdkörper war keine Rede. Status: Das blasse, abgemagerte, fiebernde, rachitische Kind zeigte am Rücken rechts in der Höhe der Crista scapulae eine leichte Hautinfiltration; unterhalb der rechten Skapula, in der Höhe der 9. und 10. Rippe, fand man eine pflaumengroße Geschwulst, welche beim Inspirium kleiner, beim Exspirium größer wurde; bei Kompression derselben hörte man ein deutliches Quatschen. Am Rande der Geschwulst fühlte man die Rippen aufgetrieben. An dieser Stelle Lungendämpfung mit metallisch klingenden Geräuschen und amphorischem Atmen.

Am 18. Oktober wurde das Kind auf meine Abteilung transferiert und am selben Tage, nachdem durch Probepunktion sich Eiter entleeren ließ und die Diagnose eines Lungenabszesses wahrscheinlich war, zur Thorakozentese geschritten, wobei nur wenig Eilter entleert wurde. Die Höhle wurde drainiert und Kochsalzlösung eingespritzt, die durch kräftige Hustenstöße per os ausgeworfen wurde, daher eine Verbindung der Abszeßhöhle mit einem Bronchus bestehen mußte. Jeden zweiten Tag wurde eine Durchspülung mit Kochsalzlösung vorgenommen, wobei das Kind mit dem Kopfe abwärts gelagert wurde, damit dii Flüssigkeit leicht aus dem Munde expektoriert werden konnte. Durch 5 Tage fieberfrei. Im weiteren Verlaufe stellten sich Temperatursteigerungen bis 39,7

und Abmagerung des Kindes ein. Am 3. November resezierte Weinlechner ein 4 cm langes Stück der 9. Rippe, worauf er mit dem Finger eine kleine Höhle abtasten konnte, deren Grund mißfarbig belegt war. Nach innen und unten sah man zwei weißgraue Streifen, die wegen der Unruhe bei den Respirationsbewegungen nicht genau besichtigt werden konnten. Das Kind fieberte fort — verfiel immer mehr, bis am 3. November Exitus letalis erfolgte.

Auszug aus dem Obduktionsbefund von Prof. Kolisko: Rechte Lunge im Bereiche ihres Unterlappens und hinteren Umfange des Oberlappens angewachsen. Der Unterlappen ist in seiner oberen Hälfte zu einem kindesfaustgroßen, Eiter enthaltenden, von einer glatten, roten, leistenartige Vorsprünge besitzenden Membran ausgekleideten Hohlraum umgewandelt, der mit dem oberen Ast des Bronchus kommuniziert. Die untere Hälfte enthält mehrere gangartige, von starr eitrig infiltriertem, nekrotisierenden Gewebe ausgekleidete Abszesse, von denen einer nahe dem unteren Rande eine Kornähre enthält, die mit den Granen dem Hilus zu, mit dem Stiele durch einen federstieldicken fistulösen Kanal in die Schwielen, durch welche der Lappen daselbst angewachsen ist, hinausreicht. Der die Ähre enthaltende Abszeß in kreuzergroßem Umfang in der Tiefe der Thoraxwunde eröffnet. Der Ober- und Mittellappen der rechten Lunge, sowie die hintere Partie des linken Unterlappens von lobulären pneumonischen Herden durchsetzt. — Die Kornähre lag somit in dem eröffneten Abszesse, wurde in Form zweier weißgrüner Streifen zwar gesehen und auch mit der Zange betastet, aber dennoch nicht als Fremdkörper angesprochen. Die Untersuchung war an sich wegen Kommunikation des Abszesses mit einem Bronchus äußerst schwierig, weil das Objekt jeden Augenblick die Form wechselte und das Bronchialsekret in sprudelnde Bewegung setzte. Zudem mangelte jeder Anhaltspunkt für einen Fremdkörper. Ohne Zweifel wäre die Kornähre bei längerer Lebensdauer durch die Abszeßhöhle noch zum Vorschein gekommen. Für das Leben des Individuums viel wichtiger war der bei der Operation nicht aufgefundene kindsfaustgroße Abszeß in der oberen Hälfte des Unterlappens, welcher ohne weitere, etwa temporäre Rippenresektion nicht auffindbar gewesen wäre.

Zum Schlusse demonstrierte Weinlechner eine erbsengroße Glasperle, welche von einem Kinde verschluckt und durch die hohe Tracheotomie aus dem Kehlkopfe entfernt wurde. Diese Glasperle verursachte während des Inspiriums und nicht, wie dies bei wandernden Körpern in der Trachea der Fall ist, beim Exspirium, ein klappendes Geräuch durch Verschluß der Stimmritze.

Sitzung vom 27. Mai 1904.

Dr. L. Kirchmayr demonstriert **einen Fall von Meningealblutung**, bei dem die Trepanation ausgeführt und der dadurch entstandene Defekt später aus der Ulna eines frisch amputierten Armes gedeckt wurde.

Alois Hruschka, 15 Jahre alt, fuhr am 8. November 1903 auf seinem Rade spazieren, kam in ein Tramwaygeleise, stürzte und wurde auf das Straßenpflaster geschleudert. Der Junge blieb liegen und wurde von Passanten in das nächste Haus gebracht, woselbst er sich bald soweit erholte, daß er selbst das Rad nach Hause schieben konnte. Eine halbe Stunde nach dem Unfalle war Pat. bereits zu Hause; er sprach und aß wie gewöhnlich. Zwei Stunden später begann er „irre" zu reden — so erzählt die Mutter — und wurde zu Bett gebracht. Bald reagierte er auch auf Anrufen nicht mehr und bekam Krämpfe in den rechten Extremitäten, welche jedoch bald von einer zunehmenden Lähmung abgelöst wurden. Nun wurde der Bursche auf die II. med. Abteilung des allgemeinen Krankenhauses gebracht, woselbst die Diagnose Meningealblutung gestellt wurde. Ich wurde um halb 12 Uhr nachts (ca. 4 Stunden nach dem Falle) gerufen, konnte die Diagnose nur bestätigen und konstatierte noch eine Sternfraktur in der Gegend des hinteren Krönleinschen Punktes. Der Knabe war total bewußtlos und reagierte auf lautes Anrufen und Rütteln nicht. Atmung schnarchend ca. 30, Puls klein, irregulär, ca. 120 pro Minute. Linker Okulomotorius komplett gelähmt, linke Pupille maximal weit, reaktionslos. Fazialis links schwer paretisch, doch wird der linke Mundwinkel noch hie und da leicht gehoben. Rechte Ober- und Unterextremität vollkommen gelähmt. Linker Bulbus etwas vorgetrieben.

Am Schädel die beschriebene Verletzung; drückt man diese Stelle, so macht Pat. lebhafte Abwehrbewegungen mit den linken Extremitäten. Die Diagnose eines intrakraniellen Hämatoms stand fest und so schritt ich um 1/21 Uhr nachts

zur Trepanation. Es wurde ein Lappen mit unterer Basis gebildet, welche in Höhrlochhöhe am hinteren Rande des Proc. mastoideus begann und bis in die Mitte des Jochbogens reichte und ca. 6 cm hoch war. Nach Ablösung des Hautperiostlappens lag die ca. $^1/_2$ cm deprimierte Sternfraktur frei; diese Stelle wurde quadratisch (2 cm Seitenlänge) mit Meißel und Hammer entfernt. Es entleerten sich einige Coagula, die Dura sprang über das Niveau des Schädeldaches hervor, sah bläulich aus und pulsierte nicht. Der Versuch, mit Finger und Elevatorium neben dem Rande des Defektes einzudringen, mißlang, weshab ich mit Rücksicht auf das Fehlen der Pulsation einerseits und auf die nur durch Druck auf Konvexität und Basis des Gehirnes erklärbaren Lähmungserscheinungen andererseits ein Hämatoma internum annahm.

Die Dura wurde inzidiert; es floß eine große Menge Liquor ab. Nun fiel die Dura wieder unter das Niveau der Schädellücke, ich sah den Irrtum ein, vernähte die Dura und erweiterte die Öffnung der Knochen mit der Hohlmeißelzange. Jetzt fanden sich massenhaft Blutcoagula und der Finger tastete den kleinen Keilbeinflügel, die Sinusgegend und die Felsenbeinpyramide als Grenzen der Höhle. Da man im unteren, vorderen Winkel hellrotes Blut im Strahle heraufquellen sah, dachte ich, es müßte die Unterbindung der Meningea gelingen und nahm noch ca. 2 cm Knochen weg — vergebens. Es wurde ein Jodoformtampon eingelegt, der Hautperiostlappen zusammengeklappt und verbunden.

Tags darauf (9. November) bewegt Pat. alle Extremitäten, innerviert den Fazialis; Okulomotoriuslähmung noch vollkommen. Pat. antwortet auf eindringliches Fragen kurz, aber richtig. Puls 100, stark gespannt. Am 4. Tage wurde der Tampon entfernt und der Lappen mit 5 Nähten befestigt.

Am 6. Tage reagierte die linke Pupille wieder; die Okulomotoriuslähmung blieb noch bis 23. November spurweise nachweisbar. Am 5. Dezember wurde Pat., da seine Mutter die Deckung des pulsierenden Defektes nicht zugab, entlassen. Am 14. Januar ließ er sich wieder aufnehmen und wurde am 18. auf Rat meines Chefs, des Herrn Primarius Büdinger, heteroplastisch gedeckt. Aus der Ulna eines exartikulierten Armes wurden zwei ca. 4 mm dicke Platten gesägt, so daß die Schnittfläche schräg durch das Olecranon lief; die Compakta wurde entfernt. Durch einen durch die Mitte des Lappens laufenden Schnitt wurde die mit der Dura verwachsene Schädelschwarte gelöst, der scharfrandige Defekt mit Meißelzange und Löffel abgeflacht und zwei Platten aus der Ulna so eingelegt, daß sie den Knochenrändern innig anlagen und überall von Dura und Schädelperiost bedeckt waren.

Pat. wurde am 27. Januar geheilt entlassen; er ist seither beschwerdefrei. Der 3 × 5 messende Defekt ist auch auf der Röntgenptatte nicht mehr nachweisbar.

Ich erlaube mir, Ihnen hier das Schädeldach eines Knaben zu zeigen, den Herr Primarius Büdinger 1896 an zwei Stellen wegen Pachymeningitis tuberculosa trepanierte. Die ca. 3 cm im Durchmesser haltenden Defekte wurden aus dem Calcaneus einer Frau gedeckt. Vier Jahre nachher starb der Knabe an einer allgemeinen Tuberkulose. Man sieht, daß beide Defekte fest und knöchern verschlossen sind. Die Röntgenplatte zeigt, daß die eingesetzten Stellen die Struktur des Calcaneus verloren haben und daß die Knochenbälkchen das Gefüge des Schädeldaches besitzen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 19. Mai 1904.

(Nach Wiener klin.-therap. Wochenschrift No. 22.)

N. Swoboda demonstriert mehrere Fälle von **Elephantiasis.** Bei zwei derselben sind die Extremitäten in einen kolossalen Tumor umgewandelt, außerdem finden sich ausgedehnte Angiome am Körper. Ein Kind zeigt partiellen Riesen-

wuchs, ein anderes ein Lymphangiom der Zunge und außerdem solche beider Ohrläppchen, in einem anderen Falle findet sich im Abdomen ein großer Tumor. Einige von diesen Deformitäten sind erst in der Kindheit aufgetreten.

Meinh. Pfaundler-Graz: **Kalkadsorption bei Rachitis.** Das unzweifelhafteste Zeichen der Rachitis ist die Weichheit der Knochen, welche weniger Asche geben, namentlich sind der Kalk und die Phosphorsäure vermindert. Die Knochen- und Knorpelsubstanz gesunder Individuen besitzt die spezifische Eigenschaft, Kalksalze in sich abzulagern; dieselbe scheint bei rachitischen Individuen herabgesetzt zu sein. Als primäre Ablagerungsstätte der Kalksalze ist die nächste Umgebung der Zelle, nach anderen Autoren die Zelle selbst zu betrachten. Das Bildungsmaterial der Knochensalze stammt aus dem Blute, es ist aber nicht ganz geklärt, in welcher Form die Salze im Blute kreisen, ebenso nicht, ob die Ablagerung der Salze in Lösung oder in Form feinster Körnchen stattfindet. Die chemische Zusammensetzung der Knochensubstanz ist bei den Wirbeltieren fast ganz gleich und ihre relativen Verhältniszahlen werden selbst in pathologischen Zuständen nicht alteriert. Der Verkalkung des Knorpels und des osteoiden Gewebes geht eine eigenartige Umbildung des Gewebes vorher (Metaplasie), welche mit erhöhter Basophilie einhergeht: das metaplasierte Gewebe hat die Eigenschaft, in sich Metallsalze und Farbstoffe abzulagern, es wurden auch wirkliche Zelldegenerationen in demselben beschrieben. Vortr. hat in Lösungen von Kalziumchlorid Galatinetafeln, totes und lebendes Gewebe eingelegt und konstatieren können, daß dieselben aus der Lösung Kalzium aufgenommen hatten. Bei Hundeknochen, welche durch besondere Fütterung der Tiere kalkarm gemacht worden waren, war das in erhöhtem Maße der Fall. Bei Rachitis scheint die molekulare Kalkaufnahme gestört zu sein; die Ursache davon muß im Knochengewebe liegen, die Rezeptoren der Kalksalze scheinen metaplasierte Bestandteile desselben zu sein.

Kassowitz weist darauf hin, daß jede Rachitistheorie mit dem sichergestellten anatomischen Befunde rechnen müsse.

K. Hochsinger frägt um die Art der Metaplasie.

Pfaundler erwidert, daß dieselbe darin besteht, daß das Gewebe basische Farbstoffe aufnimmt. Er habe bei seinen Auseinandersetzungen die anatomischen Verhältnisse nicht berücksichtigt.

Sitzung vom 16. Juni 1904.

(Nach Wiener med. Presse.)

J. Zappert stellt ein 5jähr. Kind mit **Bleilähmung** vor. Dieselbe betrifft die Radiales und Peronei beider Seiten, es besteht partielle Entartungsreaktion. Die Lähmung hat sich im Laufe der Zeit etwas gebessert, ist jetzt aber wieder schlechter geworden. Die Bleilähmung ist darauf zurückzuführen, daß das Kind mit einer mit Blei beschwerten Seide, aus welcher die Mutter Fransen knüpfte, spielte und sie dabei auch in den Mund nahm. Die Mutter hat bereits ebenfalls eine Bleilähmung überstanden.

K. Zuppinger demonstriert ein 6jähr. Kind mit schwerem **primären Schleimhautlupus des Nasen-Rachenraumes.** Die Tonsillen, Gaumenbogen, der Pharynx und die Nasenschleimhaut sind mit härtlichen, graurötlichen Knötchen und Ulzerationen besetzt, beiderseits besteht Otitis media. Nach unten erstreckt sich die Schleimhauterkrankung bis auf die Epiglottis. Die Sprache ist näselnd, die Nahrungsaufnahme wegen großer Schmerzhaftigkeit hochgradig gestört. Die regionären Lymphdrüsen sind nicht geschwollen, die Lungenspitzen sind beiderseits infiltriert. Die Prognose ist eine triste. Das Kind wird zur Kräftigung auf das Land geschickt werden, sobald es kräftiger geworden ist, werden Tuberkulininjektionen und lokale Behandlung angewendet werden. Im Beginne der Krankheit haben sich Hautblutungen eingestellt, welche als sekundäre infektiöse Purpura aufzufassen sind.

Schick führt einen 13jähr. Knaben mit **Pharynxtuberkulose** vor. Im Rachen finden sich gelbliche Belege, Knötchen und Ulzerationen, deren tuberkulöse Natur durch histologische und bakteriologische Untersuchung festgestellt wurde. Es besteht beiderseitige Lungenspitzeninfiltration.

A. Weiss demonstriert einen viermonatlichen Säugling mit angeborner **Pulmonalstenose und Defekt des Ventrikelseptums.** Das Kind zeigt seit der Geburt

starke Cyanose, bei der Untersuchung in der 6. Lebenswoche wurden Fieber von 39°, Ödem, Rasseln in den Lungen, eine Voussure mit kleinen Pulsationen in der Herzgegend, epigastrische Pulsation, ein außerordentlich lautes systolisches Geräusch über dem Herzen, kleiner frequenter Puls, partielle Atelektase der Lungen, leichte Dyspnoe und paroxysmale Hustenanfälle vorgefunden. Nach einiger Zeit wurde das systolische Geräusch leiser, was Vortr. mit dem Verschluß des Septumdefektes in Zusammenhang bringt. Gleichzeitig bildete sich eine hochgradige Erweiterung der Venen des Kopfes aus; dieselbe dürfte auf Stauung beruhen. Die Röntgenuntersuchung stellte eine Vergrößerung des Herzens fest.

Th. Escherich bemerkt, daß ein Offenbleiben des Ductus Botalli in diesem Falle zur Erklärung herangezogen werden könne. In einem Falle hat E. die Ausbildung von Venenektasien bei hereditärer Lues beobachtet.

B. Neurath weist darauf hin, das Septumdefekte ohne andere Komplikationen kein Geräusch verursachen müssen.

W. Knöpfelmacher bemerkt, daß Ektasien der Schädelvenen regelmäßig beim Hydrozephalus vorkommen.

J. Schwoner berichtet über einen Fall von **Appendicitis**, welcher nach Angina entstanden war und bei welchem als Erreger der Darmerkrankung B. coli und B. pyocyaneus gefunden wurden.

Th. Escherich stellt einen Knaben mit **idiopathischen chronischer Pulsarhythmie** vor. Der Puls ist intermittierend, zeitweise aussetzend, die Herztöne sind rein, die Herzgrenzen sind normal, beim Niederlegen des Pat. verändert sich der Umfang der Herzdämpfung. Eine derartige Mobilität des Herzens findet sich häufig bei idiopathischer Herzarhythmie. Der Knabe leidet außerdem an Diabetes insipidus.

B. Schick: **Urotropin und Scharlachnephritis.**

Man hat das Urotropin, welches im Jahre 1894 in die Therapie eingeführt worden ist, als ein dem Auftreten von Scharlachnephritis vorbeugendes Mittel empfohlen. Vortr. hat zwecks Nachprüfung bei 110 Fällen prophylaktisch und kurativ Urotropin bei Scharlach, bezw. bei Scharlachnephritis verwendet, wobei es sich gezeigt hat, daß dasselbe weder das Auftreten der Nephritis nach Scharlach verhütet, noch die schon bestehende Nephritis beeinflußt.

Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 19. Januar 1904.

I. Demonstrationen:

Wiesinger demonstriert einen faustgroßen, angeborenen, cystischen **Tumor**, welcher bei einem 14 Tage alten Kinde von der rechten Halsseite exstirpiert war.

Ein Zusammenhang mit dem Pharynx oder dem Process. styloid. oder dem kleinen Zungenbeinhorn, was auf einen branchiogenen Ursprung des Tumors hingewiesen hätte, war bei der Operation nicht zu konstatieren. Derselbe ging von der Gefässcheide aus und hatte die großen Gefäße des Halses auseinandergedrängt.

Die Ausschälung der Geschwulst ging ziemlich leicht von statten und sie machte makroskopisch den Eindruck einer aus einer Anzahl von Cysten zusammengesetzten Geschwulst, die mit klarem Inhalte gefüllt waren, so daß die Annahme eines angeborenen Cystenhygroms berechtigt schien.

Um so überraschender war der mikroskopische Befund, welcher die Derivate aller drei Keimblätter in derselben nachwies. Neben Cysten mit Zylinderepithel und Flimmerepithel fanden sich solche mit Plattenepithel, Epidermis mit Haarbälgen und Haaren und als Vertreter des Mesoderms Knorpel und Knocheninseln in den festeren Teilen der Geschwulst. Damit gehört die Geschwulst zu den Teratomen, ohne daß gleichzeitig entschieden ist, ob man dieselbe als bigeminalen Ursprungs zu deuten oder auf Reste der fötalen Kiemenanlage zurückzuführen hat.



Auch branchiogene Cysten können durch Verästelung des Kiemenganges mehrkammerig sein und in seltenen Fällen finden sich auch Knorpeleinlagerungen in den Wänden derselben als Reste der die Kiemengänge begleitenden Bögen. Liegt nun die Cyste in der Gegend der sogen. Verschlußmembran, d. h. an der Stelle, an welcher sich das entgegenwachsende Endo- und Ektoderm berühren, so können sich neben Zylinder- und Flimmerepithel Plattenepithel und Epidermis in derselben finden.

Die Frage, ob diese Geschwulst bigeminalen oder branchiogenen Ursprungs ist, muß daher unentschieden gelassen werden.

Diskussion: Simmonds: Es liegt auch die Möglichkeit vor, daß es sich um eine Doppelbildung handelt, da gerade in der Kiefergegend Anhängsel vorkommen, die alle Übergänge von Geschwülsten zu Zwillingsbildungen aufweisen. Einen derartigen Epignathus amorphus erhielt ich vor längerer Zeit. Es hing dem neugeborenen Kinde eine faustgroße, an der Schädelbasis schmal gestielte Geschwulst zum Munde heraus, die eine hochgradige Deformität des Ober- wie Unterkiefers hervorgerufen hatte. Mikroskopisch fanden sich im Tumor verschiedene Gewebsarten.

Wiesinger weist es nicht ab, daß es sich möglicherweise um einen Epignathus handele; demonstriert dann noch den Kiefer des inzwischen an einer interkurrenten Krankheit gestorbenen Kindes. Dieser weist unregelmässiges Wachstum infolge der Geschwustbildung auf.

Sitzung vom 29. März 1904.

Delbanco und Trömner: **Ein besonderer Fall von Psoriasis mit allgemeiner Entwicklungshemmung.**

Delbanco demonstriert einen 16jähr. Knaben mit einer ausgebreiteten und auffallend figurierten Psoriasis. Der Pat. macht den Eindruck eines 10jähr. Knaben. Der große Kopf mit dem etwas stupiden Gesichtsausdruck, das kindliche Wesen, die zurückgebliebene Intelligenz, der Kleinwuchs, das Fehlen der Schamhaare — Schilddrüse und Hoden klein —, der genauere Status überhaupt zeigen einen Pat. mit einer allgemeinen und geistigen Entwicklungshemmung, bei welcher die Frage, ob Kretinoid, ob Zwerg Herrn Trömner zur Entscheidung vorgelegt wurde. Lues ist auch anamnestisch ausgeschlossen. Die Psoriasis zeigt sich in Form von ungemein derben und dicken Plaques bis zu Handtellergröße, mit zierlich geschwungenen Ausläufern, oder in Form von schmalen, guirlandenartig gebogenen, über die Brust verlaufenden Linien. Die Verteilung der Plaques ist zu einem Teil eine symmetrische. Das die Psoriasis mitcharakterisierende Schuppenlager ist in diesem Falle äußerst derb und dick, hornartig sich anfühlend. In dem ersten Vierteljahr nach der Geburt zeigte sich an dem Knaben, nach den bestimmten Angaben der Mutter, bereits die schuppende Flechte, welche die jetzige Form erst nach einigen Jahren annahm. Die amtlichen Ärzte stellten das Kind von der Impfung wiederholt zurück, bis es von privater Seite im 5. Jahr geimpft wurde. Das so selten zu beobachtende Auftreten der Psoriasis im frühesten Kindesalter machte diesen Fall für Redner besonders bemerkenswert, der das frühere Auftreten (direkt als kongenital angelegt zu bezeichnen), die Form und die Schwere der vielbehandelten, immer wieder rezidivierenden Krankheit mit der allgemeinen Entwicklungshemmung in Verbindung bringt. Folgende Fragen legte D. sich vor: 1. Ist die Psoriasis hier ein der fehlerhaften Anlage des Skelettsystems und der Zerebralorgane gleichwertiges nebengeordnetes Symptom, ein Ausdruck der Entwicklungshemmung? 2. Ist die Psoriasis sekundär bedingt, eine trophoneurotische Störung, von irgend welchen Nerveneinflüssen abhängig? 3. Ist das Zusammentreffen von Psoriasis und Entwicklungshemmung rein zufällig, nur die Ausbildung ersterer von letzterer beeinflußt? Die erste Frage ist zu verneinen. Die Psoriasis wird bei Zwergen, Kretins, Kretinoiden nur äußerst selten gesehen, sie ist im Gegenteil gerade bei gesunden und kräftig entwickelten Menschen und bei hervorragend geistig befähigten anzutreffen. Die zweite Frage wird Trömner ablehnen. Eine Abhängigkeit von Nerven nach Art des Zoster wird bei der Verteilung und den Linien der Psoriasis hier oberflächlich vorgetäuscht. Delbanco erinnert an die vielen Arbeiten, welche Psoriasis und Nervensystem miteinander in Beziehung setzen (Kusnitzky, Bosellini, Emminghaus u. a.). Die dritte Frage aber ist zu bejahen: Ein zufälliges Zusammentreffen von Psoriasis und Entwicklungshemmung. Über die Psoriasis steht der

älteren und heute noch allgemein akzeptierten Annahme, daß die Psoriasis ein morbus sui generis sei, die Auffassung Unnas gegenüber, daß die Psoriasis nichts anderes als ein chronisches Ekzem auf besonders disponierter Haut darstelle. Für Unnas Ansicht spricht das einen Übergang von Ekzem zur Psoriasis vermittelnde Unnasche Eczema psoriatiforme, welches als solches als besondere Ekzemform von D. gewürdigt wird. D. steht auf dem Boden der älteren Anschauung, zu welcher auch dieser Fall ihn wieder führt. Die Unheilbarkeit der Psoriasis, die ewigen Rezidive, die Erblichkeit, das Auftreten psoriatischer Plaques an Stellen traumatischer Reizung bei dem Psoriatiker, der erste Beginn der Psoriasis auf Impfnarben (Bettmann), das plötzliche Aufschießen unzähliger Herdchen nach langem Bestande weniger größerer Herde (nach einer Impfung); zu diesen allgemein bei der Psoriasis zu beachtenden Punkten kommt bei dem vorgestellten Fall noch der Beginn in frühester Kindheit, der kongenitale Charakter des Falles. D. kommt darauf hinaus, daß wir bei der Psoriasis eine besondere angeborene Psoriasisanlage in der Haut annehmen müssen, welche allein die angeführten Stigmata erkläre. Eine solche fertige Anlage, einem Muttermal oder einer Mißbildung im Sinne des Nävus an die Seite zu stellen. trete wie diese gewöhnlich erst einige Jahre nach der Geburt, auch erst zur Pubertät oder noch später in die Erscheinung. D. ist sich klar darüber, daß diese Auffassung der Psoriasis manchem Angriff begegnen werde. Daß die Psoriasisanlage in dem vorliegenden Fall so unmittelbar nach der Geburt und in so schwerer, eigenartiger Form zum Ausdruck gekommen sei, dafür möchte D. die allgemeine Entwicklungshemmung an welcher auch die Haut teilhabe, in Anspruch nehmen.

Trömner erwägte, auf Veranlassung von D., ob die eigentümliche Verbreitungsweise der Psoriasisflecken auf nervöse Ursachen hinweise. Trotz der augenfälligen Verbreitungsähnlichkeit mit Herpesflecken oder mit den von Head u. a. wiedergegebenen Verbreitungsbezirken hinterer Spinalwurzelfasern — Querstreifen zum Teil symmetrisch am Rumpf, einzelne Longitudinalstreifen auf den Gliedern — lehnt Tr. eine neurogene Annahme ab, weil weder subjektive noch objektive (Dysästhesien) Anhaltspunkte vorliegen. Der periphere Nervenstatus ist völlig normal.

Hingegen besteht zweifellos allgemeine Entwicklungshemmung mit körperlichen (Größe eines Zehnjährigen, relativ großer Kopf, hoher, schmaler Gaumen, defekte Zähne, Hängebauch) und geistigen Störungen (etwas stupides Gesicht, Zurückbleiben in der Schule, früher gar kein Spieltrieb, jetzt noch kindliches, linkisches Wesen, Unselbständigkeit, mattes Gefühlsleben).

Es fragt sich, ob hier Infantilismus oder Kretinoidismus vorliegt. Da aber die spezifischen Merkmale des Kretinismus, die besondere, von Virchow beschriebene Schädelbildung, das Myxödem der Haut, Fehlen der Schilddrüse, welche hier deutlich zu fühlen, obwohl anscheinend verkleinert, nicht nachzuweisen sind, muß eine, wenn auch etwas besondere, dem Infantilismus myxoedematosus Brissaud ähnelnde Form des Infantilismus angenommen werden. Zur Veranschaulichung des Gegensatzes demonstriert Tr. eine Reihe von Kretinenaufnahmen, welche er in den in der Unterneckargegend gelegenen Idiotenanstalten von Sinsheim und Moosbach gemacht hatte. Daß ein Zusammenhang der besonderen Entwicklungshemmung mit der kongenitalen Anlage zur Psoriasis, zumal mit der hier vorliegenden eigentümlichen Gestaltung derselben, besteht, ist nicht von der Hand zu weisen; wenn auch sonst weder Kretinen noch z. B. Idioten besonders zu Psoriasis disponiert sind.

Unna bemerkt zunächst, daß nach seiner Ansicht der Beweis dafür, daß es sich um einen angeborenen Fall von Psoriasis handele, nicht erbracht sei. Im übrigen zeige er ganz die Erscheinungen der Psoriasis. Eigenartig sei die Anordnung in serpiginösen und symmetrischen Kreisen. Das sei aber bei alter, besonders bei nicht behandelter Psoriasis zu finden. Auffallend sei die Dicke und Festigkeit der Hornschicht, ja man könne vielleicht von Hyperkeratose sprechen. Hyperkeratose findet man häufig mit Entwicklungsstörungen zusammen. So fasse er den Fall auf als allgemeinen Infantilismus und die Hyperkeratose als Teilerscheinung von Seiten der Haut.

E. Fraenkel betont, daß es sich hier zweifellos um Wachstumsstörung handle. Er schlägt daher eine Röntgenuntersuchung besonders der Epiphysen vor, die vielleicht die Ursache dieser Wachstumstörung erkennen lasse. Dem

palpatorischen Nachweis und Urteil über das Verhalten der Schilddrüse steht er besonders bei Kindern sehr skeptisch gegenüber. Der vorgestellte Fall habe mit Myxödem nichts zu tun.

Unna bittet um genaue Untersuchung des Verhaltens der Schweissekretion.

Saenger bittet um Auskunft über die hereditären Verhältnisse des Falles und über das Verhalten der Zunge. Auch er weist auf die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung hin und bespricht zum Schluß das Vorkommen von Psoriasis in neuropathischen Familien.

Delbanco erwidert Unna, daß er durchaus keinen Schulfall vorstellen wollte. Gerade für das abweichende klinische Bild — zur Abweichung gehöre das an die Ichthyosis hystrix etwas erinnernde Schuppenlager — habe er die allgemeine Entwicklungshemmung herangezogen. Durch Röntgenaufnahmen [1]) solle baldigst festgestellt werden, ob es zweckmässiger sei, von einer Wachstumsstörung zu sprechen. Die Hauptsache bleibe, daß Unnas Autorität die Diagnose der Psoriasis anerkenne. Fraglich erscheine es, ob Kinder mit einer schuppenden Affektion auf die Welt kommen können. Das Fruchtwasser, die Vernix caseosa, die physiologische Abschuppung des Oberflächenepithels nach der Geburt schließen eigentlich eine kongenitale Schuppenfläche im strengen Sinne aus. Auf die kongenitale Anlage komme es an. Mit der angeborenen Disposition sei schließlich dasselbe gesagt. D. kennt keinen Fall, der durch eine noch so gründliche Behandlung rezidivfrei geblieben sei.

Trömner (Schlußwort) erwidert Fraenkel, daß auch ihm natürlich die Schwierigkeit der Thyreoidapalpation bekannt sei, deshalb habe er auch positiv nur das Vorhandensein, die Verkleinerung dagegen nur als „anscheinend" hingestellt Der Gedanke an eine Röntgenaufnahme sei bereits erwogen, aber nur aus äußeren Gründen noch nicht zur Ausführung gekommen.

IV. Personalien.

Charlottenburg. Privatdoz. **Dr. B. Bendix** (Berlin) zum leitenden Arzt der am 1. August ins Leben tretenden „Waldschule für kränkliche Kinder" ernannt. — Halle a. S. Der Direktor der Universitäts-Kinderpoliklinik in Halle, Prof. extraord. Dr. **Siegert**, erhielt einen Ruf als ordentliches Mitglied der am 1. Oktober 1904 zu eröffnenden Akademie für praktische Medizin in Köln als Oberarzt der städt. Kinderklinik. — Heidelberg. Der Assistent der Universitäts-Kinderklinik **Dr. Jussuff Bey Ibrahim** hat sich mit einer Probevorlesung über „Moderne Prinzipien der Säuglingsernährung" habilitiert. — Kopenhagen. Prof. **J. V. Wichmann** ist als Nachfolger Hirschsprungs zum Prof. der Kinderheilkunde ernannt worden. — Siena. Habilitiert: Dr. **E. Gagnoni**, bisher Privatdozent an der med. Schule zu Florenz, für Kinderheilkunde.

---

[1]) Inzwischen sind von Mannheimer Röntgenaufnahmen der Unterarme, des Handskelettes, der Schädelbasis gemacht worden. Epiphysen gut ausgebildet. Für oder gegen die Diagnose Kretinoid oder Zwerg entscheiden die Aufnahmen nicht. Mit 16 Jahren braucht das Knochenwachstum noch nicht zum Stillstand gekommen zu sein. Nach den Untersuchungen v. Wyss unter Langhans' Direktion (Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen 1899/1900) findet sich bei Kretinen und Kretinoiden keine vorzeitige Verknöcherung. Eine Hemmung in der Verknöcherung des knorpeligen Skeletts, das langsame Verschwinden der Epiphysenfugen sind gerade charakteristisch. Die verlangsamte Ossifikation entspricht ungefähr der Hemmung des Längenwachstums des Individuums. Bei Zwergen und Idioten sind noch mit 61 Jahren die Epiphysen erhalten gefunden worden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Oktober 1904. No. 10.

I. Originalbeiträge.

(Aus der k. k. Universitätskinderklinik in Wien. Vorstand: Prof. Dr. Escherich.)

Über Cystitis im Kindesalter.

Von

Dr. **Eugen Fromm** (München).

Seit Escherich (1a) 1894 die Aufmerksamkeit der pädiatrischen Welt auf eine infektiöse Erkrankung des kindlichen Urogenitalsystems, die Cystitis, gelenkt und nebst seinem Schüler Trumpp (2) gezeigt hatte, daß dieselbe keineswegs so sporadisch auftrete, als man bisher annahm, daß sie fast ausschließlich Mädchen betreffe und fast stets durch das Bacterium coli hervorgerufen werde, ist die Literatur über diese für das Kindesalter bisher so gut wie unbekannte Krankheit beträchtlich angewachsen.

Während jedoch Finkelstein (3) ihr häufiges Vorkommen nur für die sekundäre Cystitis gelten lassen wollte und nur einen einzigen Fall von Cystitis im Säuglingsalter verzeichnen konnte, der nicht auf eine schwere Grundkrankheit zurückzuführen war, brachte Trumpp (2) eine Serie von Cystitisfällen in und außerhalb des Säuglingsalters, die nur als primäre Erkrankungen aufzufassen sind. Unter denselben befinden sich auch die ersten Beobachtungen an Knaben, was für die Frage der Ätiologie der Cystitis in Betracht kommt. Wenn jedoch auch die Zahl der Trumppschen Beobachtungen von Cystitis bei Knaben (8 Fälle) bedeutend zurücktritt gegen solche bei Mädchen (21 Fälle), so scheint mir doch zur Zeit der damaligen Untersuchungen eine gewisse Häufung von derartigen Fällen stattgehabt zu haben, da in der späteren Literatur nur äußerst spärliche ähnliche Beobachtungen beschrieben sind.

Bei einem 6jährigen Knaben beobachtete Winter (4) eine sekundäre Cystitis nach Perityphlitis mit Abszeß im Douglas. — Vor einiger Zeit berichteten englische Autoren, Leopold und Levy (5) über einen Fall von Colicystitis bei einem 14jährigen Knaben. Derselbe soll sich dadurch inficiert haben, daß er zum Zwecke geschlechtlicher Erregung mit einer Klystierspritze Wasserinjektionen in die Harnröhre machte. — Kürzlich beschrieb Zelenski (6) 4 Fälle von Cystitis bei Knaben, wobei einmal Kokken und dreimal Tuberkelbazillen die Infektion verursachten. Als ätiologisches Hilfsmoment wurde im ersten Fall ein Trauma angeschuldigt.

Eine Anzahl weiterer Beobachtungen von Harninfektion bei Knaben sind von einigen Autoren, so von Mellin (7) und Cnopf (8) als Fälle von Bakteriurie beschrieben, trotzdem die Affektionen zum Teil mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergingen. Nachdem klinisch nur dann von Bakteriurie gesprochen werden kann, wenn dieselbe das einzige klinisch wahrnehmbare Symptom des Zustandes darstellt (Escherich 1b), so werden jene Fälle wohl zum Teil als Fälle von Cystitis und Pyelitis aufzufassen sein, wenn auch der Harnbefund zeitweise die Zeichen einer entzündlichen Lokalreaktion vermissen ließ. Überhaupt dürften nur graduelle Unterschiede zwischen Cystitis und Bakteriurie bestehen.

Über Harninfektion im Säuglingsalter liegen infolge der Schwierigkeit und Mühseligkeit der Gewinnung des Harns dieser kleinsten Patienten und der Unbestimmtheit der Symptome jener Affektion während dieser Periode des Kindesalters wenig zahlreiche Beobachtungen vor. So fand ich, wenn ich von den bekannten Fällen Escherichs (1a), Trumpps (2), Finkelsteins (3), Baginskys (9) und Hutinels (10) absehe, in der neueren Literatur nur eine Mitteilung Cornelia de Langes (11) über zwei bei weiblichen Säuglingen beobachtete Fälle von fieberhafter Erkrankung, für die sie den einer Cystitis entsprechenden Harnbefund verantwortlich macht. Der Harn war bei beiden Kindern nie steril gewonnen worden, so daß eine bakteriologische Untersuchung unterbleiben mußte. Immerhin sind die beiden Fälle wertvoll für die Kasuistik der ohne auffallende lokale bezw. subjektive Symptome einhergehenden und daher nur zufällig entdeckten Cystitiden. Auch hier hat man es mit primären Erkrankungen zu tun, nachdem keine andre Krankheitsursache gefunden werden konnte.

Die Überzeugung von der Wichtigkeit regelmäßiger Harnuntersuchungen auch bei Kindern des frühesten Lebensalters, hat meinen hochverehrten Chef, Herrn Professor Escherich, veranlaßt, mich zu beauftragen, bei einer größeren Reihe von Kindern jeglichen Alters, gleichviel mit welchen Beschwerden sie in die Ambulanz gebracht wurden, den Harn zu untersuchen, mit dem speziellen Zweck, eine Übersicht zu gewinnen, bei wieviel Prozent der Kinder eine bisher übersehene Cystitis gefunden würde.

Ich gebe im folgenden die Resultate meiner Untersuchungen wieder. Ohne durch bestimmte anamnestische Angaben auf eine bestehende Harninfektion hingewiesen zu werden, unterzog ich den Harn von 225 Kindern einer Untersuchung, die sich bereits bei minimalster Trübung des Urins auf das zentrifugierte Sediment erstreckte.

Von den 225 Kindern waren:

		Säuglinge	Größere
Mädchen	174	57	117
Knaben	51	11	40

Von diesen wurde bei 10 und zwar 8 Mädchen (4 Säuglingen und 4 größere) und zwei 4—5jährigen Knaben als zufälliger Befund eine Harninfektion konstatiert. Es entspricht dies einem Gesamtprozentsatz von 4,4%, der sich bei den Mädchen auf 4,6% erhöht.

Für die Knaben lassen sich keine bestimmten Prozentzahlen berechnen.

Zur Aufstellung einer Altersübersicht ziehe ich noch sechs nicht zufällige Beobachtungen heran.

	Fälle
1. Lebensjahr	4
2. „	3
3. „	2
4. „	1
5. u. 6. „	2
7. u. 8. „	2
9. u. 10. „	2

Es folgen nun die Auszüge der Krankengeschichten der Gruppe von Kindern, deren Harnaffektion nicht zur ärztlichen Konsultation veranlaßt hatte.

I. Säuglinge.

No. 1. Marie Thoma, 5 Monate alt, wurde wegen Krämpfen und Erbrechen auf die Klinik gebracht. Kurz vor ihrer Aufnahme sollen Diarrhöen bestanden haben.

Harn: leicht getrübt, sauer. Im Sediment: viele Epithelzellen und Leukozyten, wenig zahlreiche Bakterien (gramnegative plumpe Kurzstäbchen).

Kulturelle Prüfung aus äußeren Gründen unterlassen. Nach einigen Tagen Spontanheilung, Harn steril.

No. 2. Leopoldine Winkler, 12 Monate alt, wird wegen „Abführen“ in die Ambulanz gebracht.

Harn: trüb, wie eine Typhusbouillonkultur, sauer, enthält kein Eiweiß. Mikroskopisch: massenhaft lebhaft bewegliche Bakterien, sonst keine Formelemente. (Gefärbt: ausschließlich gramnegative plumpe Kurzstäbchen.)

Kultur: Bact. coli.

Nach Besichtiguug des Harns wird die Mutter befragt, ob sie keine Störungen der Urinentleerung bei dem Kinde bemerkt habe. Nun weiß sie sich zu besinnen, daß das Kind in der letzten Zeit etwas häufiger, aber ohne jegliche Beschwerden uriniert habe.

Spontanheilung, Harn nach einigen Tagen steril.

No. 3. Leopoldine Berger, 12 Monate alt, kommt wegen Bronchitis und Angina catarrhalis zur Untersuchung. Keine Darmstörung.

Der Fall verhält sich im übrigen genau wie der vorige, konnte jedoch nicht weiter beobachtet werden.

No. 4. Clara Seilnacht, 16 Monate alt, wurde wegen Gastroenteritis aufgenommen.

Harn: trüb, sauer, enthält Spuren Eiweiß. — Im Sediment: Leukozyten, Epithelien und zahlreiche Bakterien (gramnegative plumpe Kurzstäbchen).

Kultur: Bact. coli.

Auf eine Cystitis hinweisende Angaben waren von den Eltern nicht gemacht worden, auch der Wärterin war nichts Besonderes aufgefallen, da Pat. meist Harn und Stuhl zugleich entleerte.

Die Gastroenteritis führte zum letalen Exitus. Bei der Sektion werden alte Pigmentationen der Blasenschleimhaut konstatiert.

II. Größere Kinder.

No. 5. Aloisia Deinbacher, 1 ½ Jahre alt, wegen Helminthiasis aufgenommen, im ganzen Entleerung von 100 Askariden. Kind ist hochgradig anämisch. Häufige grüne, dünnflüssige, stinkende Entleerungen.

1. II. Harn zeigt trüben Bodensatz, enthält Spuren Eiweiß, reagiert sauer. Im zentrifugierten Sediment: reichlich Bakterien, Leukozyten, viel Epithelzellen und Schleimfäden. Gefärbt: gramnegative plumpe Kurzstäbchen.

Kultur: Bact. coli.

Agglutination: nur bei der Serumverdünnung 1:10.

15. II. Harn eiweißfrei, wenig Leukozyten und Schleimfäden, dagegen noch reichlich Bakterien.

20. II. Exitus. Bei der Autopsie makroskopisch keine auffallende Veränderung der Blasenschleimhaut.

No. 6. Rudolf Pieculini, 4 Jahre alt.

19. VI. Anamnese. Seit der, auf elterlichen Wunsch erfolgten, Entlassung aus der Masernabteilung vor 3 Wochen häufige, flüssige, stinkende Entleerungen, bisher nur 2mal feste Stühle. — Wegen dieser Darmaffektion sowie wegen Husten und einer Augenentzündung wird der Knabe in die Ambulanz gebracht. — Ganz nebenbei gibt die Mutter an, daß der Urin seit 4 Tagen trübe und übelriechend sei. Auf weiteres Nachfragen erfährt man, daß die Entleerung des Harns zwar schmerzhaft zu sein scheine, aber sehr reichliche Quantitäten in größeren Intervallen zu Tage fördere. (Vor 1/2 Jahr sollen die Symptome einer Balanitis oder Urethritis bestanden haben.)

20. VI. Seit gestern sechs flüssige Stühle.

Der frisch gelassene Harn stark getrübt, schwach sauer, reichlich eitriges Sediment absetzend, Eiweißgehalt dem Eiter entsprechend. Im zentrifugierten Sediment viel Schleim, massenhaft Eiterzellen und Epithelzellen, zahllose Bakterien (gefärbt: gramnegative meist schlanke Stäbchen).

21. VI. Harn stark getrübt, ammoniakalisch riechend, Reaktion alkalisch. Sediment wie gestern (gefärbt: wieder ausschließlich gramnegative Bakterien, vielfach in Fadenform auswachsend).

23. VI. Harn stark getrübt, sauer. Das Filtrat gibt deutliche, wenn auch schwache Eiweißreaktion. —

26. VI. Harn trüb, von stark ammoniakalischem Geruch, alkalisch, Spuren Eiweiß enthaltend. Sediment: sehr zahlreiche Leukozyten, keine Erythrozyten, sehr spärliche (gramnegative) Stäbchen. Keine Tuberkelbazillen.

28. VI. Gestern ein stark schaumiger dünnbreiiger Stuhl mit eigentümlichem Geruch. Mikroskopisch: keine Hefezellen, zahlreiche gramnegative und grampositive Stäbchen.

3. VII. Seit 29. VI. keine schaumigen Stühle mehr.

Harn nur wenig getrübt, ammoniakalisch riechend. Seit gestern Urotropin 3mal 0,25.

4. VII. Harn gelbrot, deutlich trüb, von stark ammoniakalischem Geruch. — Pat., der seit einigen Tagen deutliche Lungenerscheinungen zeigt, matt und hinfällig.

6. VII. Harn weniger getrübt, nicht mehr ammoniakalisch riechend, von schwach saurer Reaktion.

Bakteriologische Untersuchung (gemeinsam mit Herrn Dr. Ludwig Jehle):

Kultur aus dem Harn vom 26. VI: Proteus vulgaris in Reinkultur.

Im Stuhl vom 27. VI. wurde kein Proteus nachgewiesen.

Agglutination: Mit dem Pat.-Serum vom 20. VI.: ø. Mit dem Serum vom 3. VII.: 24stündige Bouillonkulturen von drei verschiedenen Kolonien (Proteus) werden in der Verdünnung von 1:20 komplett agglutiniert (in 2 Stunden), 1:40 nur andeutungsweise.

Bakteriologische Untersuchung des durch Venaepunctio gewonnenen Blutes: Dasselbe ist nach 48stündigem Aufenthalt im Thermostaten noch steril.

No. 7. N. N., 5jähriger Knabe. Vor einigen Wochen Darmkatarrh, der jetzt vollständig ausgeheilt ist. Eine Schwester des Pat. akquirierte im Anschluß an eine gleiche Affektion eine Nephritis, daher wird auch bei dem Knaben, der sich jedoch vollkommen wohl fühlt, der Harn untersucht.

Befund: Der frisch gelassene Harn staubförmig getrübt, sauer, eiweißfrei. — Im Sediment ausschließlich Bakterien, überwiegend gramnegative plumpe Kurzstäbchen.

Kulturell nicht näher untersucht.

No. 8. Marie Eifler, 8 Jahre alt, wird wegen Nephritis mit leichten Ödemen aufgenommen.

3. IX. Harn bei der Aufnahme wenig getrübt, sauer, enthält 3‰ Eiweiß, Spuren Blut. — Im Sediment: nephritische und pyelitische Elemente, keine Bakterien.

8. IX. Der frisch gelassene Harn trüb wie eine Typhusbouillonkultur. Diurese gering: 250 ccm. Eiweiß: 2 °/₀₀. Reaktion sauer. — Im Sediment: massenhaft (ausschließlich gramnegative) Bakterien, sonst wie oben.

Kultur: Bacterium coli.

Agglutination: In der Verdünnung des Pat.-Serums 1:20: ø.

Daraufhin Ergänzung der Anamnese nach der Richtung einer eventuell vorausgegangenen Blasenreizung. Die Mutter gibt nunmehr an, daß Pat. ca. 5 Wochen vor der Aufnahme sehr häufig und unter Schmerzen geringe Quantitäten Harn entleert habe, ein Zustand, der sich allmählich wieder verloren und dem sie keine besondere Bedeutung beigelegt hätte.

12. IX. Es bestehen gegenwärtig nicht die geringsten subjektiven Beschwerden. Weder die Palpation und Perkussion der Blase ist schmerzhaft, noch besteht irgend welche Druckempfindlichkeit der Nierengegend. — Kein Fieber. Wohlbefinden. — Von heute ab Urotropin 3 mal 0,25.

1. X. Harn bakterienfrei. — Eiweiß 0,25 °/₀₀.

No. 9. Marie Schuster, 9 Jahre alt.

20. I. Vorgestern brachte die Mutter das Mädchen in die Ambulanz, da es seit 8 Tagen große Mattigkeit zeige, fiebere und über Seitenstechen klage. Die physikalische Untersuchung der Organe ohne pathologischen Befund. Verdacht auf Nephritis, Harnuntersuchung mit dem Ergebnis einer Cystitis. Bei der nunmehr auch nach dieser Richtung hin erhobenen Anamnese wurde in Erfahrung gebracht, daß Pat. seit ca. 10 Tagen sehr häufig und unter Schmerzen urinieren müsse. Diese Beschwerden des Kindes waren jedoch von den Eltern nicht beachtet bezw. falsch gedeutet worden, indem sie glaubten, ein gegen das Fieber verabreichter Tee habe diese „treibende Wirkung". — Aufnahme.

22. I. Harn trüb, sauer, enthält Spuren Eiweiß. — Im Sediment: massenhaft Leukozyten, Epithelzellen und Bakterien (gramnegative plumpe Kurzstäbchen).

Kultur: Bacterium coli.

Agglutination: Unvollkommen bei der Verdünnung des Pat.-Serums 1:20.

23. I. Temp. 38,3—38,2. Von heute ab Urotropin 3 mal 0,25.

Vom 24.—31. I. Fieber bis und über 39°, für das keine andere Ursache als die Cystitis gefunden werden kann. Harn stets von gleicher Beschaffenheit.

31. I. Fieberfrei. Harn bereits weniger getrübt, bildet jedoch noch reichliches Sediment, dasselbe ist unverändert.

3. II. Gestern neuerliches Fieber bis 38,3. Harn noch nicht klar. Keinerlei Beschwerden.

4. II. Fieberfrei. Harn fast klar.

6. II. Harn klar. Im minimalen Sediment vereinzelte Leukozyten und Epithelzellen, keine Bakterien.

7. II. Agarplatte und Bouillon bleiben steril.

14. II. Geheilt entlassen.

No. 10. N. N., 10jähriges Mädchen, schon früher einmal an Cystitis erkrankt. Gelegentlich eines hochfieberhaften Recidivs wurde von dem behandelnden Privatarzt die Diagnose „Typhus" gestellt. Die Untersuchung des ins Spital geschickten Harns ergab den typischen, einer Colicystitis entsprechenden Befund. An derselben laboriert Pat. trotz energischer Lokalbehandlung, mit zeitweiliger Besserung noch jetzt seit ca. ½ Jahr, so daß eine symptomatische bezw. sekundäre Cystitis ausgeschlossen ist, nachdem kein anderer pathologischer Zustand vorliegt.

Außer diesen eben angeführten zufällig entdeckten Cystitiden möge noch eine Gruppe solcher hier Platz finden, die bereits mit den entsprechenden Beschwerden eingeliefert wurden. Einerseits soll hierdurch die große Häufigkeit der infektiösen Blasenerkrankungen im Kindesalter weiter illustriert werden (kamen doch sämtliche Fälle innerhalb 9 Monaten zur Beobachtung), andererseits mögen sie im Zusammenhalt mit der ersten Gruppe zur klinischen Würdigung herangezogen werden und der ungewöhnlichen bakteriologischen Befunde bei einigen derselben halber nicht unerwähnt bleiben.

I. Säuglinge.

No. 11. Anna Czimak, 9 Monate alt, Brustkind, wird in die Ambulanz gebracht, da sie seit 3 Tagen häufig unter Schmerzen geringe Mengen trüben Urins entleere. Der Harn sei auch übelriechend. Das Kind fiebere, der Stuhl sei in Ordnung.

Harn: trüb, sauer. — Im Sediment: reichlich Eiterzellen, Epithelzellen, (gramnegative, kurze plumpe) Bakterien.

Kultur: Bact. coli.

Weiterer Verlauf unbekannt, da Pat. ausbleibt.

No. 12. Amalie Zierhut, 17 Monate alt.

Anamnese. Gesund bis zum 14. Monat. Keine Darmkatarrhe. Im 15. Monat bemerkte die Mutter die einem Blasenkatarrh entsprechenden Störungen bei der Harnentleerung des Kindes, welche mit kurzen Unterbrechungen seither fortdauern.

8. XII. Harn: trüb, sauer. — Im Sediment: reichlich Eiterzellen, Epithelzellen. (gramnegative, kurze plumpe) Bakterien.

Kultur: Bact. lactis aërogenes.

Agglutination: Mit der Pat.-Serumverdünnung 1:20: ø.

10. XII. Urotropin 3mal 0,25.

11. XII. Ungebessert auf Wunsch entlassen.

15. XII. Pat. wird wiedergebracht.

16. XII. Harn weniger trüb als beim vorigen Spitalsaufenthalt. Sediment gleich. — Urotropin 3mal 0,25.

31. XII. Harn klar, steril. Seit 25. XII. kein Harndrang mehr.

2. I. Geheilt entlassen.

20. I. Zum drittenmal aufgenommen, abermaliges leichtes Rezidiv. — Nach einigen Tagen gebessert entlassen.

II. Größere Kinder.

No. 13. Brunhilde Müller, 2 Jahre alt.

Seit 14 Tagen muß Pat. häufig und unter Schmerzen urinieren. Stuhlgang angehalten.

Harnbefund: wie im vorigen Fall.

Kultur: Bact. lactis aërogenes.

Therapie: Salol 3mal 0,3. — Nach ca. 14 Tagen Heilung unter Zurückbleiben eines leichten Reizzustandes der Blase.

No. 14. Marie Möckenschlager, 2 1/2 Jahre alt, wird mit der Klage gebracht, daß sie seit 8 Tagen sehr oft unter heftigen Schmerzen urinieren müsse. Kind sei stets hartleibig. Seit 3 Tagen kein Stuhl.

Harnbefund: wie oben.

Kultur: Bact. lactis aërogenes.

Pat. wurde der weiteren Beobachtung entzogen.

No. 15. Josefa Mayr, 5 Jahre alt.

Seit 14 Tagen häufiger, schmerzhafter Harndrang, Appetitlosigkeit, Fieber. Diarrhöen sind nicht vorausgegangen.

10. I. Harn trüb, sauer, enthält Spuren Eiweiß. — Sediment: typisch. — Urotropin 3mal 0,25.

Kultur: Bact. coli.

Agglutination: Bei der Pat. Serumverdünnung 1:20: ø.

16. I. Pat. fiebert andauernd. Für das Fieber ist keine andere Ursache zu finden als die Cystitis.

18. I. Keine subjektiven Blasenerscheinungen. Kind auffallend apathisch, jedoch keine meningitischen Symptome.

21. I. Auf Verlangen gebessert entlassen.

No. 16. Anna Schilha, 6 Jahre alt.

Seit 14 Tagen häufiger schmerzhafter Harndrang. Appetit und Stuhl in Ordnung.

19. XII. Harnbefund: Harn trüb, sauer, reichlich eitriges Sediment absetzend. Mikroskopisch: massenhaft Eiterzellen, Epithelzellen und (gramnegative kurze, plumpe) Bakterien.

Kultur: Bact. lactis aërogenes.

Agglutination: Mit der Pat.-Serumverdünnung 1:20: ø.
20. XII. Von heute ab Urotropin 3mal 0,25.
25. XII. Harn wasserklar, bildet kein Sediment, steril.

Um nun aus diesen Krankengeschichtenauszügen und Zusammenstellungen die Folgerungen zu ziehen, so findet vor allem die Tatsache ihre erneute Bestätigung, daß die Cystitis nur in Ausnahmefällen Kinder männlichen Geschlechtes befällt und die ersten drei Lebensjahre bevorzugt.

Als Invasionspforten für die Bakterien kommen bei den Mädchen, insofern Darmerkrankungen vorausgingen, beide bisher angenommenen Wege, die kurze Urethra und die Durchwanderung der Darm- und Blasenwand in Betracht, für die beiden Knaben betreffenden Fälle, bei denen anamnestisch starke Diarrhöen angegeben wurden bezw. solche noch bestanden, kann der letztere Modus angenommen werden. Allerdings wurde bei dem Knaben mit der Proteuscystitis dieses Bakterium im Stuhle nicht nachgewiesen, so daß sich keine bestimmten ätiologischen Schlüsse ziehen lassen.

Der größere Teil meiner Fälle ist den von Finkelstein (3) seiner Zeit als äußerst selten angenommen primären Erkrankungen zuzurechnen, indem nach dem Ergebnis der Untersuchung keine anderweitige schwere Erkrankung sich nachweisen ließ, auf deren Basis die Cystitis sich entwickelt haben könnte. Letzterer Umstand traf wohl sicher bei 3 Fällen (No. 4, 5 und 6) zu. Das eine Mal war das betreffende Kind an einer schweren, letal endigenden Gastroenteritis erkrankt, unter deren schwächender Einwirkung sich ein entzündlicher Prozeß auf der, nach den bei der Autopsie gefundenen Pigmentationen zu schließen, schon einmal affiziert gewesenen Blasenschleimhaut festgesetzt haben mag. Im andern Fall war die kleine Pat. durch Helminthiasis aufs äußerste heruntergekommen und damit jeder Infektion Tür und Tor geöffnet. Und im dritten Fall war der Kranke durch die Masern und die anschließenden Lungen- und Darmerscheinungen gleichfalls sehr geschwächt. Im übrigen ergab die Anamnese nur noch in drei weiteren Fällen (No. 1, 2 und 7) eine vorausgegangene, allerdings nicht schwere Darmaffektion, in Form von Diarrhöen, die vielleicht als die primäre Erkrankung aufzufassen sind. In 2 Fällen (No. 13 und 14) wurde Obstipation angegeben und bei 8 Kindern waren die Funktionen des Darms normal.

Der Verlauf der einzelnen Fälle schwankte zwischen Erkrankungen leichtesten Grades ohne erhebliche Blasenreizung und zwischen Erkrankungen schwererer Natur mit deutlichen Lokalerscheinungen und mehr oder minder hohem Fieber. —

Der Ausgang der als primäre Erkrankung bezeichneten Fälle wie auch der leichteren sekundären Affektionen war, soweit die Kinder längere Zeit in Beobachtung standen, ein solcher in Heilung oder wenigstens in Besserung, die auch dem Knaben mit der Proteuscystitis zuteil wurde. Immerhin hatten auch die geheilten Patienten meist mehrere Wochen, vom Beginn der Behandlung an gerechnet, an der Cystitis zu laborieren, einige zeigten eine Neigung zu hartnäckigen Recidiven, so besonders Fall No. 10, der mit kurzen Pausen immer wieder zur Behandlung kommen muß.

Therapeutisch erwiesen sich Urotropin und Salol als ziemlich verläßliche Mittel.

Die Diagnose wurde in den 10 Fällen der ersten Gruppe allein durch die mikroskopische Harnuntersuchung gestellt, der sich fast bei allen der kulturelle Nachweis des betreffenden Infektionserregers anschloß. Während hier die betreffenden Pat. ohne bestimmte oder überhaupt welche diesbezügliche Angaben der Angehörigen in die Ambulanz bezw. zur Aufnahme gebracht wurden, wiesen in den 6 Fällen der zweiten Gruppe die von den Eltern berichteten Beschwerden der Kinder der Diagnose im vorhinein direkt den Weg.

Der Umstand, daß in dieser Zusammenstellung die Zahl der zufälligen Befunde überwiegt, demonstriert aufs deutlichste, eine wie große Reihe von solchen Befunden unerhoben bleiben kann, wie viele Fälle der richtigen Deutung sich verschließen und der entsprechenden Behandlung entgehen können, wenn es versäumt wird, den Harn in jedem Fall zu untersuchen. Gerade bei der Untersuchung kranker Kinder, wobei der Arzt zumeist darauf verzichten muß, durch zuverlässige anamnestische Angaben in der Diagnosenstellung unterstützt zu werden, sollte keine der objektiven klinischen Untersuchungsmethoden vernachlässigt werden. Da aber speziell die Beachtung des Harns immer noch sehr häufig unterlassen wird, ist es wohl nicht unberechtigt, von Zeit zu Zeit auf die Wichtigkeit derselben hinzuweisen, bis sie schließlich jedem Arzt als ebenso selbstverständlich gilt, wie die Inspektion des kindlichen Rachens. —

Die bakteriologische Untersuchung wurde in 14 Fällen durchgeführt und ergab bei fast sämtlichen, daß die Bakterien der Coligruppe angehörten. In 4 Fällen konnte jedoch eine Spezies derselben differenziert werden, die bisher nur in Ausnahmefällen bei Cystitis und Pyelitis gefunden wurde, Bacterium lactis aërogenes. Die geradezu enorme Gasentwicklung bei Verimpfung der Bakterien auf Milch in Gährkölbchen, ein Vorgang, der sich bereits innerhalb 12 bis 24 Stunden abspielte und zur förmlichen Zerreißung des Milchkoagulums führte, ferner der negative Ausfall der Probe auf Indolbildung berechtigen dazu, in den genannten Fällen das Bact. lactis aërogenes als den Infektionserreger anzusprechen.

Ein solcher Befund wurde bisher von deutschen Autoren nur von Trumpp bei einem einzigen seiner Cystitisfälle erhoben, bei einem Fall von Pyelonephritis vermochte Baginsky (9) aus den Nieren dieses Bakterium zu züchten. Morelle (12) jedoch erklärte den Erreger seiner sämtlichen 17 Cystitisfälle als identisch mit Bact. lactis aërogenes.

In einem Fall wurde bakteriologisch Proteus vulgaris mehrmals in Reinkultur aus dem Harn gezüchtet, ein Bakterium, das als Erreger einer Cystitis bei Kindern sehr selten vorkommt. Wenigstens fand ich bei Durchsicht der mir zugänglichen Literatur nur einen einzigen von Pfaundler (13) beschriebenen derartigen Fall.

Bei den vier der Klinik eingelieferten Fällen von primärer und einem klinischen Fall von sekundärer Colicystitis wurde die Gruber-Widalsche Serumreaktion versucht, jedoch konnte in keinem Fall vollkommene Agglutination 12—20stündiger Bouillonkulturen von ver-

schiedenen aus den Harnen gezüchteten Colikolonien durch die schwache Serumverdünnung von 1:20 erzielt werden.

Ein positives Agglutinationsergebnis, allerdings nur andeutungsweise bei der Serumverdünnung von 1:40, war dagegen bei der Proteuscystitis zu verzeichnen.

Zum Schlusse sei es mir verstattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Escherich, für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. a) Escherich. Über Cystitis bei Kindern, hervorgerufen durch das Bacterium coli commune. Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark. 1894. No. 5.

b) Ders. Diskussion zu F. Kornfelds Vortrag über Bakteriurie. Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin nnd Kinderheilkunde in Wien. 1904. No. 4.

2. Trumpp. Über Colicystitis im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 44.

3. Finkelstein. Über Cystitis im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 43.

4. Winter. Perityphlitis, Abszeß im Douglasraum, sekundäre Cystitis; Heilung. Annales de med. et chir. infant. 1901.

5. Leopold u. Lévy. A case of selz induced Cystitis to the Colon Bacillus. Archives of Pediatrics. Mai 1903. (Ref. im Centralbl. f. Kinderh. 1903.)

6. Zelenski u. Nitsch. Zur Ätiologie der Zystitis. Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 5.

7. Mellin. Beiträge zur Bakteriurie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 58.

8. Cnopf. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie. Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 40.

9. Baginsky. Über Pyelonephritis im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschrift. 1897. No. 25.

10. Hutinel. Cystites colibacillaires chez les enfants. Presse medicale. 1896. No. 95.

11. de Lange. Zystitis by Zuigelingen. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1903. II. No. 9. (Ref. in der Monatsschrift für Kinderheilkunde. 1903. II. No. 10.)

12. Morelle. Etude bactériologique sur les Cystites. Extrait de la Revue de la Cellule. 1892. T. VII.

13. Pfaundler. Über eine neue Form der Serumreaktion auf Coli- und Proteusbazillosen. Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. XXIII.

II. Referate.

O. Meyer (Hamburg), 3 Fälle von Blasenkatarrh bei Kindern. (Der Kinderarzt. 1904. No. 7.) M. hat in den letzten Jahren 3 Fälle von Blasenkatarrh bei jungen weiblichen Kindern beobachtet, die sich durch eine eigenartige Ätiologie auszeichneten. In allen 3 Fällen machten sich ganz plötzlich bei den vorher gesunden Kindern die Zeichen einer Cystitis bemerkbar, nachdem sie schnell hintereinander

forzierte Streckungen und Beugungen des Rumpfes nach Art der Schultzeschen Schwingungen durchgemacht hatten. Das eine Kind hatte in einem Schaukelstuhl sich „toll“ vergnügt und dadurch jene Bewegungen gemacht, eine andere Pat. war vom Vater um die Schultergelenke gefaßt und schwingend auf seinen Kopf gehoben worden usw. Bei zwei Kindern ließen die ziemlich leichten Symptome nach wenigen Tagen nach, das dritte Mädchen aber hatte längere Zeit eine schwere hämorrhagische Cystitis. In den beiden ersten Fällen mag wohl der wie in einer Zentrifuge geschleuderte Urin durch plötzliche Überdehnung eines Teiles der Blase die unmittelbare Veranlassung einer Verletzung gewesen sein, die vielleicht in allen 3 Fällen in oberflächlichen Schleimhautrissen bestand. Grätzer.

Marcell Hartwig, Primary Pyelitis in Infants. (Medical Record. 19. März 1904.) Verf. hat die Entdeckung gemacht, daß primäre Pyelitiden im frühen Kindesalter vorkommen und oft übersehen werden. Klinisch simuliert die Affektion am häufigsten den Abdominaltyphus durch das anhaltende Fieber, und lediglich eine sorgfältige Harnanalyse deckt die wahre Natur der Erkrankung auf.

Die Prognose scheint nicht schlecht zu sein. Der Verlauf nimmt einige Wochen in Anspruch. Ätiologisch suche man nach entfernten Infektionsquellen. Leo Jakobi (New York).

J. Skott, Suprapubic cystotomy. (British medical Journal. S. 368.) Ein Fall von Steinbildung bei einem 5jährigen Knaben. Der $3\,^1/_2$ g wiegende Stein wurde von der Blase aus entfernt.

Schreiber (Göttingen).

Abramoff, Un cas d'exstrophie, de la vessie. (Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles. Bd. 1. No. 3 u. 4. S. 330. Die Beschreibung eines Falles von Blasenektopie bei einem Mädchen (mit 2 Abbildungen). Schreiber (Göttingen).

Egon Hartung, Ein Fall von geheilter Urachusfistel. (Aus der chirurg. Universitäts-Kinderklinik München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 23.) 3jähriger Knabe mit angeborener Urachusfistel, die operiert wurde. Die Operation schildert H. wie folgt:

„Am 24. Juli Operation in Narkose. Von einem ca. 4 cm langen Hautschnitt abwärts von der Fistel wird auf der Hohlsonde der Fistelgang bis gegen die Blase hin mit der Schere eröffnet; hieraus wird die Schleimhaut des Ganges nach Umschneidung der äußeren Fistelöffnung mit Schere bis zum Blasenscheitel, da wo der Gang sich trichterförmig ausdehnt, herauspräpariert, wobei an einer kleinen Stelle das Peritoneum eröffnet wurde, da das Abpräparieren auf der hintern Fläche schwierig war. Die eingerissene Stelle wird sofort genäht. Sodann wird die Öffnung der Blasenschleimhaut ebenfalls durch Naht geschlossen, darüber vollständige Hautnaht, aseptischer Deckverband, Nélatonkatheter durch Harnröhre in Blase. Nach ungestörtem Heilungsverlauf der Wunde, wobei bloß für einige Tage am oberen Ende der Wunde geringe Mengen von Urin ausgetreten waren, wurde Pat. am 17. August geheilt entlassen. Auf Anfrage wurde von den Eltern des Kindes Ende 1903 mitgeteilt, daß die Nabelfistel dauernd geschlossen ist und es dem Knaben recht gut gehe.“ Grätzer.

Burkard (Graz), Die Dauererfolge der Orchidopexie nach Nicoladoni. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 40. Heft 3.) B. gibt zunächst eine kurze Beschreibung der Operationsmethode

(Bildung eines Gubernaculum aus dem Reste des Processus vaginalis uud Fixation des Hodens mittels dieses Gubernaculum am Perineum, um der Retraktionsneigung des Hodens entgegenzuwirken). Operiert wurden 18 Fälle, nachuntersucht 12. Zeit seit der Operation 1—7 Jahre. Es folgen die Krankengeschichten der zwölf nachuntersuchten Pat. Was die Dauererfolge anbetrifft, so war die Lageerhaltung in $33\frac{1}{3}\%$ als gelungen zu betrachten, in 50% war Wachstum des Hodens zu verzeichnen. Eine Beeinflussung des Geschlechtslebens war nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Maligne Entartung wurde nicht beobachtet. Schmerzen und nervöse Beschwerden waren in allen Fällen behoben mit Ausnahme eines, bei welchem gleichzeitig Hypospadie bestand. Die besten Resultate lieferten die Fälle, wo noch längere Zeit der Hoden gegen den Fundus des Skrotums hinab massiert worden war. Bei Besprechung der übrigen Behandlungsmethoden kommt B. zu der Ansicht, daß die Behandlung mit Bandagen aussichtslos sei und daß von allen operativen Maßnahmen, die alle genauer beschrieben werden, die Operation nach Nicoladoni, besonders unter schwierigen anatomischen Verhältnissen (speziell Kürze des Samenstranges), die besten Resultate liefere. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

R. C. Lucas, Über Orchitis bei Influenza. (The Brit. med. Journ. 25. Juli 1903.) Von 3 Fällen, über welche Verf. berichtet, betrafen zwei einen Knaben von 8 Jahren und einen von $3\frac{1}{2}$ Jahren. Im ersten Falle trat die Orchitis unmittelbar nach Beginn der Influenza auf, während im zweiten Falle diese Beziehung nicht so klar lag. Das Kind selbst schien die Influenza nicht zu haben, wohl aber herrschte in der Nachbarschaft eine schwere Epidemie. Der Fall verhält sich ähnlich wie jene Fälle von Orchitis, welche zur Zeit einer Mumpsepidemie Knaben ergreift, ohne daß dieselben irgendwelche Anzeichen von Mumps aufweisen. C. Berliner (Aachen).

Victor Veau, Les fistules de l'urètre par constriction circulaire de la verge. (Archives de méd. des enf. Oktober 1903.) Im Anschlusse an einen selbstbeobachteten Fall bespricht V. die in Rede stehende Läsion, welche häufig bei Kindern, namentlich unter 10 Jahren, gefunden wird. Zur Umschnürung werden Fäden, Haare, Ringe u. a. benützt; das periphere Penisende schwillt an, das Präputium wird ödematös und der umschnürende Körper kann in einer Falte der geschwellten Haut verschwinden derart, daß sein Vorhandensein gar nicht bemerkt wird. Als weitere Folge tritt Ulzeration der Haut, Eröffnung oder gänzliche Durchschneidung der Urethra, endlich Durchschneidung der Schwellkörper, auf.

Bezüglich der Behandlung ist hervorzuheben, daß eine Radikalkur der Fistel vor gänzlichem Verschwinden jedweder Entzündungserscheinung nicht zu unternehmen sei. Hierüber können auch Monate vergehen. Manchmal muß, wegen persistierenden Odems des Präputiums, eine Phimosisoperation vorgenommen werden. Bestehende Strikturen müssen durch progressive Bougierungen erweitert werden. Im allgemeinen ist V. gegen Verweilsonden, da dieselben sich verstopfen, infiziert werden, hinausfallen usw. Bei partieller Urethrorraphie soll mit Vorsicht sondiert werden, doch bei totaler Urethror-

raphie kann eine Verweilsonde nicht umgangen werden. In solchen Fällen ist das Anlegen einer hypogastrischen Öffnung von Vorteil, welcher nach Vernarbung der Operationswunde, leicht geschlossen werden kann.

Von den Operationsmethoden ist die Urethroplastie am sichersten; man befreit die Ränder der Fistel von der umgebenden Haut und den Schwellkörpern, frischt an und näht, während breite Hautlappen mobil gemacht werden und den Defekt überdecken. Eine besondere Naht der Urethra ist meist überflüssig; hauptsächlich muß darauf geachtet werden, daß die Nähte nicht spannen und also nicht einschneiden werden. E. Toff (Braila).

P. Lamolin, Le prolapsus de l'urètre chez les petites filles. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Die Krankheit ist unter kleinen Mädchen ziemlich verbreitet; am häufigsten findet man dieselbe zwischen dem 6. und 11. Lebensjahre, aber auch das früheste Alter bleibt nicht verschont. Ätiologisch wird hartnäckiger Husten, namentlich Keuchhusten, Verstopfung, überhaupt wiederholtes, starkes Pressen, aber auch Vulvovaginitis, Störungen in der Harnentleerung, langes Stehen, Ermüdung usw. angeführt. Bei der Untersuchung der Kranken bemerkt man eine rote, fleischige Masse, die oft zwischen den Labien hervorragt. Während des Gehens treten Schmerzen und Blutungen auf, die einen vorzeitigen Anfang der Regeln vortäuschen können. Bei näherer Untersuchung des kleinen Tumors findet man in der Mitte die Öffnung der Harnröhre, was für die Diagnose ausschlaggebend ist. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Ätzungen mit 2 %iger Lapislösung und in hartnäckigen Fällen in der chirurgischen Entfernung. E. Toff (Braila).

Giovanni Raffaelli, Die Valvovaginitis blenorrhoica der kleinen Mädchen. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1904.) Eine Zusammenstellung der wichtigsten in der Literatur enthaltenen Angaben. F.

P. Jung, Über die Beteiligung des Endometriums an der gonorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder. (Aus der dermat. Universitätsklinik zu Bern.) (Zentralblatt f. Gynäkologie. 1904. No. 33.) Da die Meinungen über diesen Gegenstand noch widersprechend sind, hat J. zur Aufklärung auf Veranlassung von Prof. Jadassohn während des verflossenen Wintersemesters die wegen gonorrhoischer Vulvovaginitis behandelten Kinder speziell daraufhin untersucht. Es waren das 9 Mädchen im Alter von 2—9 Jahren. Aus den Beobachtungen zieht nun J. folgende Schlüsse:

1. Es gelingt in der Mehrzahl der Fälle von Vulvovaginitis eine isolierte Untersuchung des Zervikalsekretes nach Einstellung mit Roseschem Spekulum vorzunehmen. Die Resultate dieser Untersuchung sind nur unter Berücksichtigung der unzweifelhaft vorhandenen Fehlerquellen zu verwerten.

2. Diese Untersuchung ergibt aber jedenfalls unvergleichlich viel sicherere Resultate als die bloß klinische Besichtigung der Vaginalportio, oder als die Verwendung des Probetampons, bei welchem eine Sonderung des von der Portio gelieferten Exsudats und des Zervikal-

sekretes kaum möglich ist. Bei der Häufigkeit, mit der auf der Außenfläche der Portio eitriges Sekret gefunden wird, haben die Resultate der Probetamponuntersuchung kaum eine Bedeutung.

3. Unter Berücksichtigung aller Fehlerquellen kann man auf Grund unserer Untersuchungen wie der von Gassmann und Buschke den Satz aussprechen, daß die gonorrhoische Erkrankung der Zervikalschleimhaut bei der Vulvovaginitis infant. unzweifelhaft vorkommt, daß sie aber eine relativ seltene Komplikation zu sein scheint. (Unter 20 Fällen der hiesigen Klinik 2 mal.) Das stimmt auch mit der von uns gemachten Erfahrung überein, daß Symptome, welche auf eine Beteiligung der inneren Genitalien (Adnexe, Peri- und Parametrium) hinweisen, im Verlaufe der Vulvovaginitis nur sehr selten beobachtet werden.

4. Bei der Seltenheit der gonorrhoischen Zervikalerkrankung liegt bisher kaum ein Grund vor, die Untersuchung darauf bei der Vulvovaginitis regelmäßig vorzunehmen. Nur in besonders hartnäckigen Fällen wird man sich gewiß dazu entschließen, um zu konstatieren, ob die Chronizität der Erkrankung durch die Zervikalgonorrhoe zu erklären ist. Immer aber sollte dies erst zu einer Zeit geschehen, wenn die Gonokokken unter dem Einflusse der Behandlung aus dem Vaginalsekret (vorübergehend!) geschwunden sind. Dadurch wird die Gefahr der Untersuchung, d. h. die Möglichkeit einer Infektion des eventuell noch nicht erkrankten Zervikalkanales jedenfalls sehr wesentlich vermindert.

5. Die Frage, ob es notwendig sei, die Zervikalgonorrhöe der Kinder lokal zu behandeln, etwa in derselben Weise wie diejenige der Erwachsenen, ist schwer zu entscheiden. Daß die Beteiligung des Zervikalkanales an der Gonorrhöe an sich keine Kontraindikation gegen eine lokale Behandlung der Vagina abgibt, scheint uns unzweifelhaft. Denn einmal haben wir eine Schädigung durch dieselbe auch in unserem Falle von Zervikalgonorrhöe nicht entstehen sehen. Hier ist im Gegenteil die Gonorrhöe definitiv geheilt, wie wir seit dem Spitalaustritt des Kindes, durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen (zuletzt am 14. Juni 1904) uns versichern konnten. Und dann kann die regelmäßige Vaginalbehandlung sehr wohl auch auf den Zervikalkanal einen gewissen günstigen Einfluß ausüben. Diesen wird man zwar kaum als eine unmittelbare antiseptische Wirkung auffassen können. Aber man wird sich (etwa in Analogie zur Prostatitis beim Manne) vorstellen können, daß die Gonokokken im Zervikalkanale durch die Vaginaldesinfektion gleichsam von der direkten Kommunikation mit der Vagina abgeschlossen werden und dann, wie auch in anderen abgeschlossenen Höhlen, eher zugrunde gehen.

Grätzer.

Ad. Stein, Ein typischer Fall von Menstruatio praecox. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 35.) Das 6 Monate alte Mädchen bekam eine Genitalblutung. Es bot keine auffallenden Kennzeichen einer Frühentwicklung, dagegen ausgesprochene rachitische Symptome. Die Blutungen wiederholten sich jeden Monat unter den vollständigen Anzeichen einer Menstruation. Es stellte sich allmählich Entwicklung der Mammae und Schamhaare ein, und als St. das

Kind, nachdem sich der Prozeß 8mal regelmäßig wiederholt hatte, im Alter von 14 Monaten wiedersah, zeigten sich beide Mammae als Fettbrüste entwickelt, die Genitalien — besonders entwickelt präsentierten sich die großen und kleinen Labien — mit Haaren bis zu 2 cm Länge besetzt. Grätzer.

L. Pincus (Danzig), Die klinische Bedeutung der Amenorrhöe dem Alter nach geschlechtsreifer Mädchen. (Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 17. Ergänzungsheft.) Es ist falsch, solche Mädchen einfach mit Eisen oder anderen roborierenden Mitteln zu behandeln, gegen die Schmerzen Morphium zu geben. Denn die Amenorrhöe beruht zwar häufig auf einer Störung des Allgemeinbefindens; zuweilen aber ist sie bedingt durch lokale Ursachen, durch eine Gynatresie. In den Fällen also, wo die Amenorrhöe lange Zeit andauert, muß lokal untersucht werden; ergibt die Anamnese, daß schwere Infektionskrankheiten vorausgegangen sind, ist baldige lokale Untersuchung nötig. Dasselbe wie für die Amenorrhöe gilt für Molimina menstrualia und für vikariierende Blutungen.

Die Gynatresie ist in den meisten Fällen extrauterin erworben oder sekundär (Nagel-Veitsche Theorie). Die als „angeboren" aufzufassenden Fälle verhalten sich nach den Literaturstudien von P. zu den „erworbenen" wie 1:2; höchstwahrscheinlich aber sind die erworbenen noch mehr überwiegend. Diese erworbenen Gynatresien entstehen durch entzündliche Affektionen der Scheide, welche sich im Anschluß an akute Infektionskrankheiten oder chronische Konstitutionsanomalien einstellen. Am häufigsten ist es Typhus, dann aber auch Scharlach, Diphtherie, Variola (Variolois), Pneumonie, Cholera, Dysenterie, Erysipel, die zu solchen Entzündungen führen; bei Masern scheint es nur ganz selten dazu zu kommen; um so häufiger dagegen bei gonorrhoischer Infektion. Von chronischen Infektionskrankheiten kommen Phthise und Lues in Betracht. Trotz des Fehlens von Narben kann eine Atresie eine erworbene sein.

Von den Krankengeschichten seien folgende wiedergegeben:

Ein 15 $^1/_2$jähriges Mädchen macht im April eine schwere Skarlatina durch. Während derselben stellt sich eine schwache 2tägige Blutung aus der Vagina ein, die als erste „Menstruation" aufgefaßt wird (vorher war das Mädchen nicht menstruiert gewesen). Danach starker Ausfluß, der öfter blutig tingiert ist und erst nach 3 Wochen aufhört. Die nächsten Monate zeigt sich keine Menstruation mehr bei dem körperlich gut entwickelten Mädchen, dagegen zuweilen Fieber und Mattigkeit. Die im Juli vorgenommene lokale Untersuchung ergibt eine Atresia vaginalis retrohymenalis, die offenbar durch ulzeröse Prozesse während jenes Scharlach entstanden war. Nach Inzision der verschließenden Membran entleeren sich 2 Eßlöffel dicken rahmigen Eiters. Das Fieber verschwand. Pat. wurde bald darauf zunächst unregelmäßig, nach einigen Monaten regelmäßig menstruiert und nahm in 2 Monaten 7 $^1/_4$ Pfund zu.

Ein 16 $^1/_2$jähriges Mädchen klagt seit etwa 1 Jahr über periodisch auftretende Unterleibsschmerzen, über ziehende Schmerzen im Kreuz und in der Seite und ist, trotzdem sie sonst kräftig entwickelt ist, noch nicht menstruiert. Bis zum siebenten Lebensjahr hatte dieses

Mädchen häufig an Bettnässen gelitten; infolge davon hatten sich öfters kleine Geschwürchen in der Gegend der äußeren Geschlechtsteile und des Hymens gezeigt. Eine Infektionskrankheit ist nicht vorausgegangen. Die Untersuchung ergibt auffallend weites Orificium urethrae, Verschluß der Hymenalöffnung, Hämatokolpos, Hämatometra, Hämatosalpinx lateris utriusque. Nach Inzision des Verschlusses und entsprechender Nachbehandlung günstiger Verlauf. Bald darauf regelmäßig menstruiert. Nach Verlauf einiger Jahre Verheiratung, 2 Kinder ohne Kunsthilfe.

Ein 17jähriges Mädchen leidet seit 2 Jahren an Blasenbeschwerden und an etwa 4wöchentlich auftretenden Molimina menstrualia mit starkem periodisch rezidivierendem Nasenbluten. Die Anamnese ergibt sonst nichts Wesentliches. Es findet sich ein Hymen conglutinatus mit Hämatokolpos. Therapie: Kreuzförmige Inzision, Resektion der Läppchen mit der Schere. Später Verheiratung, 2 Kinder, 1 Abort.

(Vgl. L. Pincus, Zur Prophylaxe der Gynatresie, ref. in diesem Blatt, 1903, No. 10, S. 425.) Otto Marx.

E. H. Kisch, Über Bäderbehandlung in der Geschlechtsperiode der Menarche. (Therap. Monatshefte. Mai 1904.) K. gibt Anweisungen, welche hydriatische Prozeduren man bei jungen Mädchen, bei denen die Pubertätsentwicklung und die ersten Menses irgendwelche Störungen hervorrufen und nicht in typischer Weise von statten gehen, anzuwenden hat. In der Zeit der Menarche ist die allgemeine Widerstandsfähigkeit des Organismus herabgesetzt, die Erregbarkeit der nervösen Elemente erhöht. Nach beiden Richtungen hin kann man durch Balneotherapie recht günstig einwirken, anämischen, lymphatischen, neuropathisch belasteten jungen Mädchen die Störungen dieser Enwicklungsperiode erleichtern. Grätzer.

L. Stolper (Wien), Die Behandlung der Enuresis bei Mädchen. (Halbmonatsschrift für Haut- und Harnkrankheiten. 1904. No. 10—12.) St. hat in 10 Fällen, die er genau beobachtet hat, prompten Erfolg erzielt mit der Sängerschen Methode der Dilatation des Sphinkter. Es waren fast stets schon verschiedene Methoden erfolglos angewandt worden. Die Erfolge der Dehnung waren dauernde.

Die Technik besteht nach Sänger in folgendem:

„Nach Reinigung der Harnröhrenmündung mittels Watte führt man einen desinfizierten Metallkatheter, am geeignetsten einen weiblichen, 5—7 cm tief in die Blase ein, so daß die Spitze des Katheters etwa bis zur Einmündungsstelle der Harnleiter hinaufreicht. Während die Kuppe des Zeigefingers der rechten Hand die Mündung des Katheters verschließt und diesen gleichzeitig ruhig in der Lage erhält, wird der Zeige- oder Mittelfinger der anderen Hand dicht vor der Harnröhrenmündung auf den Katheter aufgelegt. Nun übt dieser Finger einen kräftigen Druck zunächst nach unten, dann abwechselnd beiderseits nach außen. Der Druck soll federnd sein, elastisch und kräftig, so daß mitunter die äußere Harnröhrenmündung weit geöffnet wird und neben dem Katheter etwas Urin abfließt.“

Diese Behandlung, die meist völlig schmerzlos ist, dauert nur

einige Minuten, da man im allgemeinen nicht mehr als 12—15 Dehnungen nach allen drei Richtungen auszuführen braucht. St. wiederholt dies jeden 2.—3. Tag und kam ausnahmslos nach 8—10 Behandlungen zum Ziel. Wenn er auch nicht behaupten will, man habe es mit einem unfehlbaren Mittel zu tun, so ist es doch sicher eines, das alle anderen an Sicherheit in der Wirkung weit überragt.

Grätzer.

J. G. Rey, Enuresis der Kinder. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 35.) Nachdem R. an einer Reihe von 52 Fällen von Enuresis der Kinder auf das Verhalten der Blase und des Urins während einer Zeit von 5 Jahren genau geachtet, ist er zu der Überzeugung gelangt, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen keine Erkrankung des Zentralnervensystems, keine Idiotie, Infantilismus, Athyreosis als Ursache gefunden wurde; die Ursache der Enuresis und Pollakiurie beruht auf einer direkten Erkrankung der Blase oder deren Nachbarorgane.

Damit die Enuresis, welche in den ersten 10 Monaten des Lebens als physiologischer Zustand zu betrachten ist, über diese Zeit und über das dritte Jahr hinaus andauere, dazu gehört bei im übrigen gesundem Zentralnervensystem außer der direkten oder indirekten Reizung der Blase eine gewisse Schwäche und Unfähigkeit des Willens. Letztere ebenfalls physiologisch beim Säugling, bleibt infolge von Angewöhnung an die Unreinlichkeit bei den Kindern bestehen, die vom ersten Lebensjahre an einer Blasenaffektion durch Erkrankung der Blase oder durch die Eigentümlichkeit ihres Urins gelitten haben. Diese Willensschwäche kann die Blasenaffektion lange überdauern. In diesen Fällen erklärt sich die plötzliche Heilung durch Faradisation, epidurale Injektion usw. ganz zwanglos; aber überall da, wo der Blasenreiz noch weiter besteht, werden alle erzieherischen und antihysterischen Versuche vergeblich sein.

Die für die Betrachtung der Enuresis als Monosymptom kindlicher Hysterie beigebrachten Belege erklären sich ebenso leicht, wenn nicht noch natürlicher durch Annahme einer Cystitis oder Urethritis oder deren Folge, die restierende Empfindlichkeit der Blase und des Blasenhalses.

Um Klarheit in die Ätiologie der Enuresis zu bringen, ist es notwendig, in allen lange Zeit hindurch zu beobachtenden Fällen häufig chemische und bakteriologische Urinuntersuchungen zu machen, besonders mehr, als es bisher geschehen, auf die gewiß sehr häufigen Blasenkatarrhe der Säuglinge zu achten und wo es möglich ist, wenigstens bei Mädchen und älteren Knaben auch die Blase endoskopisch zu untersuchen.

Grätzer.

H. Pfister, Die Enuresis nocturna und ähnliche Störungen in neuropathologischer Bewertung. (Monatsschr. f. Psych. und Neur. XV. Heft 2.) Verf. hat ein größeres Material von Geisteskranken, Nervenkranken und gesunden Kindern unter Ausschluß von organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und des Harnapparates untersucht. Er unterscheidet zwei Gruppen:

1. solche, bei denen das Einnässen seit frühester Kindheit besteht,

anhaltend ist, allnächtlich oder fast allnächtlich (seltener auch am Tage) auftritt, meist allen Behandlungsmethoden trotzt, bis zum 5. oder 10. Lebensjahr oder auch länger bestand, um dann nach und nach von selbst zu schwinden. Oder aber die physiologische Beherrschung des Blasenmechanismus durch das Bewußtseinsorgan stellte sich zur rechten Zeit ein, bestand längere Zeit, aber früher oder später (meist nach Infektionskrankheiten, Traumen, in der Pubertät) stellte sich plötzlich Enuresis nocturna ein, die wochen- und monatelang anhält.

2. Solche, bei denen das Einnässen erst nach dem 5.—7. Jahre eintritt, sich in unregelmäßigen Intervallen wiederholt und eventuell sporadisch bis ins Alter fortdauert. Zum größten Teil waren diese Kranken höchstwahrscheinlich epileptisch.

In der ersten Gruppe finden sich viele hereditär Belastete, Neurasthenische, Hysterische, angeboren Schwachsinnige. Diese Gruppe kann als „Stigma hereditatis“ aufgefaßt werden.

Bei der zweiten Gruppe kann in foro eventuell die Diagnose einer epileptischen Seelenstörung erleichtert werden.

In der Anamnese von Dementia praecox, Katatonie, manischer Depression, progressiver Paralyse ist Bettnässen als ehemalige Kinderkrankheit häufig erwähnt. Kurt Mendel.

Trischitta, Onanie bei kleinen Kindern. (La Pediatria. März 1904.) Mitteilung eines Falles, der ein 4jähriges von hysterischen Eltern abstammendes Mädchen betrifft, dessen Bruder einen kongenitalen Hydrocephalus hat. Oxyuren waren auszuschließen, dagegen fand sich eine geringe Vulvovaginitis. Nach Heilung der Vulvovaginitis nur unter Brommedikation verschwand die Neigung zu onanistischen Manipulationen. F.

Cappelletti, Beitrag zum Studium der kindlichen Neurasthenie. (La Riforma Medica. 1903. No. 17.) Die Neurasthenie ist nach C. im Kindesalter häufiger, als man gewöhnlich glaubt; nur werden viele Symptome — Unaufmerksamkeit, Unruhe, Unlust, Mangel an Willen, Gedächtnisschwäche einer-, sowie Kopfschmerz, Schwindelanfälle, Schlaflosigkeit, Störungen in der Intestinal-, Herz-, Genitalsphäre andererseits bei Kindern oft entweder nicht beobachtet oder falsch gedeutet. Charakteristisch ist ferner eine gewisse Zweifelsucht, infolgedessen die Kinder jedes Selbstvertrauen verlieren, und eine Neigung zur Selbstanalyse, die jeden Willen hemmt. Verf. führt 2 Fälle an. F.

Ernö Deutsch, Über Kinderselbstmorde. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 38. Heft 1 u. 2.) Verf. hat aus den Zeitungen der letzten 3 Jahre 200 Selbstmorde von Kindern zusammengestellt und beleuchtet sie in interessanten Zahlenreihen nach Alter, Motiv und näheren Umständen. Er vergleicht seine Statistik mit ähnlichen Aufstellungen anderer Autoren. Schule und Haus müssen zusammenwirken, um durch neue pädagogische Erkenntnisse diese traurigen Zahlen herabzusetzen. Hutzler (München).

A. Schlöss, Pflege und Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern. (Wiener med. Wochenschrift.

1903. No. 50.) Aus der inhaltreichen Arbeit seien nur einige wichtigere Punkte hervorgehoben:

Kleine Kinder, zumal Säuglinge, wenn sie psychopathisch belastet sind, können leicht zu Schaden kommen durch Schlafen in der Nähe des geheizten Ofens und durch längere Bestrahlung des Schädels durch die Sonne; beide Momente sind stets im Auge zu behalten. Nach akuten Infektionskrankheiten entwickeln sich bei disponierten Kindern nicht nur leicht die großen Neurosen, sondern auch die verschiedensten Formen psychischer Erkrankung; schwere Infektionskrankheiten, besonders Typhus, schaffen auch sicherlich den Boden zur Entstehung späterer psychischer Erkrankung. Solche Kinder sind daher möglichst vor Infektion zu schützen, nach überstandener Infektionskrankheit aber lange Zeit sehr zu schonen, zumal wenn eine gewisse Ermüdung des Nervensystems sich kundgibt und ein Warnungssignal bildet. Wo die Disposition offenkundig von den Eltern herrührt, ist das Kind so früh wie möglich von jenen zu isolieren. Disponierte Kinder sind vor seelischen Erregungen, Schreck, Angst, Schmerz zu bewahren, da hier oft kleine Ursachen große Wirkungen haben. Kaffee-, Tee-, Tabakgenuß, vor allem aber Alkohol erweisen sich als ungemein schädlich, letzterer sollte also auch als Medikament nur mit größter Vorsicht benutzt werden. Gerade die durch erbliche Veranlagung zu Psychosen disponierten Kinder zeigen zuweilen frühzeitiges Erwachen des Geschlechtstriebes mit Neigung zur Masturbation, und gerade diese Kinder sind es wieder, deren Nervensystem durch den physischen und psychischen Reiz der Onanie leicht geschädigt wird, ein Fingerzeig dafür, daß gerade solche Kinder in bezug auf ihre sexuelle Betätigung schon von frühester Jugend streng beaufsichtigt werden müssen. Traumatische Psychosen sind bei Kindern nicht selten, besonders Kopfverletzungen durch Züchtigungen spielen eine große Rolle; mit Schlägen auf den Kopf, Ohrfeigen, Reißen an Haaren und Ohren usw. soll man daher äußerst vorsichtig sein. Geistige Überanstrengung ist natürlich ein sehr wichtiges Moment; wenn möglich, sollte Privatunterricht herangezogen, auf psychische Erziehung großer Wert gelegt werden. Von späteren Berufsarten kommen als geeigneteste die eines Forstmannes, Landwirtes oder Gärtners in Betracht.

Grätzer.

M. Heinemann, Über Psychosen und Sprachstörungen nach akut fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 36. Heft 3—6.) Verf. sah nach Influenza bei einem 10jährigen Mädchen einen Zustand maniakalischen Charakters mit späterer völliger Amnesie ihres verwirrten Betragens. Ferner 3 Fälle von Psychosen mit Sprachstörungen nach kruppösen Pneumonien, einer davon mit temporärem Ausfall des Sehvermögens. Alle drei endeten mit vollkommener Restitutio. Es folgen 2 Fälle von Sprachstörungen nach Typhus abd. Der eine von 3tägiger Dauer bei intakter Psyche, der andere, 3 Wochen dauernd, mit melancholischer Gemütsstimmung. Ferner eine psychische Alteration mit Bradyphasie, ebenfalls nach Typhus. Alle drei wurden geheilt entlassen. Verf. gibt eine reiche Zusammenstellung einschlägiger Beobachtungen aus der Literatur. Die Prognose solcher Psychosen ist

— unabhängig von der Schwere der vorangegangenen Erkrankung — nach der Ansicht aller Autoren als günstig zu bezeichnen, selbst bei längerer Dauer des Zustandes. Hutzler (München).

H. Apt (Breslau), 2 Fälle von Störungen der Sprache infolge von Zwangsvorstellungen. (Der Kinderarzt. 1904. No. 1.) 16jähriger Gymnasiast leidet seit über Jahresfrist an einer eigentümlichen Sprachstörung, deren Beseitigung bisher nicht gelang. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren gelegentlich einer französischen Unterrichtsstunde konnte Pat. plötzlich nicht mehr die Worte „un officier“ aussprechen. Von diesem Augenblicke an bemächtigten sich seiner Angstzustände, die ihm das Sprechen immer mehr unmöglich machten, zunächst nur in der Schule, später auch zu Hause, wo jetzt ebenfalls, sobald er sprechen will, das Angstgefühl eintritt, welches das Sprechen nicht zuläßt. Pat. stammt von gesunden Eltern ab, ist selbst kräftig und stets gesund gewesen. Um Stottern handelt es sich hier sicher nicht, sondern um sogenannten Mutismus als Folge von Zwangsvorstellungen, deren Inhalt dahin geht, daß das Sprechen in der Schule unüberwindliche Schwierigkeiten darbiete. Das ursächliche Moment ist zweifellos eine psychische Alteration, höchstwahrscheinlich mit Hysterie zu identifizieren, obwohl Pat. weitere Symptome von Hysterie nicht darbietet. Nach einer einleitenden Belehrung, unter welchen Voraussetzungen es jederzeit gelingen müsse, ohne jede Schwierigkeit zu sprechen, und unter häufiger Betonung dieser Bedingungen ging A. dazu über, den Pat. lesen und den Inhalt des Gelesenen wiedergeben zu lassen, dabei auf gute Atemtechnik, gute Vokalisation und konsequent durchgeführte ausgiebige Pauseneinteilung haltend, was alles geeignet war, eine gewisse Ablenkung von den Zwangsideen herbeizuführen. Zum Gegenstand des Lesens wurden die Schulunterrichtsfächer gemacht, später auch andere Personen zum Zuhören zugelassen usw. Nach 4 Wochen konnte Pat. dauernd geheilt entlassen werden.

Fall 2 betraf einen 21jährigen Mitschüler des Pat., einen hereditär belasteten und von Kindheit an selbst psychisch alterierten Menschen, der infolge psychischer Infektion an der gleichen Sprachstörung erkrankte.

Dies erscheint in prophylaktischer Beziehung beachtenswert. Man sollte den ersten Anfängen des Leidens schon im Interesse der Umgebung des Pat. sogleich Beachtung schenken, namentlich Schüler aus der Schule nehmen und sofort ärztlicher Behandlung zuführen.

Grätzer.

E. Doernberger (München), Pneumonie, Meningismus und Aphasie. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 19.) D. beschreibt den Fall eines $3^1/_2$jährigen Kindes, der an von Lappen zu Lappen wandernder Pneumonie erkrankte, in deren Verlauf (am 16. Krankheitstage) sich das Bild des Meningismus entwickelte, gefolgt von einer transitorischen Aphasie; letztere bestand 11 Tage, dann wurden einzelne Worte gesprochen, allmählich bekam Pat. immer mehr die Sprache wieder, die aber längere Zeit hindurch eine sehr langsame blieb (Bradyphasie). Das Kind genas vollkommen von seiner „zerebralen Pneumonie“.

Grätzer.

Meumann, Die Sprache des Kindes. (Abhandlungen, herausgegeben von der Gesellschaft für deutsche Sprache in Zürich. VIII. 1903.) Die Arbeit bildet eine Erweiterung der unten erwähnten Schrift „Über die Entstehung der ersten Wortbedeutungen des Kindes“ und enthält auch einen kleinen Abschnitt über die sprachlichen Fehler des Kindes und ihre Behandlung. Verf. macht mit Recht auf die allgemeine psychische Behandlung des sprachkranken Kindes aufmerksam.

P. Maas (Aachen).

Wilh. Ament, Begriff und Begriffe der Kindersprache. (Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädag. Psychologie und Physiologie. Bd. 5. Heft 4.) **Ernst Meumann,** Die Entstehung der ersten Wortbedeutungen beim Kinde. (Separatabdruck aus Wundt: Philos. Studien. Bd. 20. Leipzig, Wilh. Engelmann.) Die beiden Arbeiten ergänzen sich gewissermaßen. A. bespricht in seinem Buche die verschiedenen Streitfragen, die augenblicklich bezüglich der Sprache des Kindes in der kinderphysiologischen Literatur diskutiert werden. Er sucht nachzuweisen, daß die Autoren über manche Fragen nur aus dem Grunde nicht ins klare kommen können, weil verschiedene Autoren mit demselben Worte verschiedene Bedeutungen verbinden. Aus diesem Grunde sucht er eine Klarstellung des Begriffes „Kindersprache“ an und für sich und verschiedener Begriffe der Kindersprache. Der Begriff der Kindersprache wird definiert als die Gesamtheit der aus dem Konflikt zwischen dem spontanen Sprachtrieb des Kindes und den zeitlich fest bestimmten Formen der Muttersprache resultierenden Erscheinungen. Hinsichtlich der Frage der „Worterfindungen“ des Kindes macht er darauf aufmerksam, daß zwischen „unwillkürlicher Spontaneität“ — der angeborenen Fähigkeit zu sprechen — und „willkürlicher Spontaneität“ — den eigentlichen Worterfindungen — unterschieden werden müsse, und er gesteht dem Kinde die Fähigkeit zu, wenn auch in seltenen Fällen, Worte zu erfinden. Das Beispiel, das der Verf. anführt, kann den Ref. aber keineswegs von der Richtigkeit dieser Ansicht überzeugen, im Gegenteil steht der Ref. auf dem Standpunkt, daß sämtliche Wortbildungen des Kindes als Nachahmung der Sprache der Umgebung aufzufassen sind. (Vgl. hierzu die in der Zeitschrift für Kinderforschung, Jahrgang 8, Heft 5 u. 6 erschienene Arbeit des Ref. „Probleme der Kindersprache“.) Bezüglich der Veränderungen, welche das Kind bei der Nachahmung von Worten der Muttersprache an diesen vornimmt, weist A. nach, daß eine Gesetzmäßigkeit bezüglich der Reihenfolge der Entstehung der Laute nicht vorhanden ist. Hinsichtlich des Verhältnisses des „biogenetischen Grundgesetzes“ zur Kindersprache steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die Entwicklung der Sprache beim Kinde eine kurze Wiederholung der Sprachentwicklung der Menschheit ist.

Die Arbeit M.s beschäftigt sich mit der Entstehung der ersten Wortbedeutungen beim Kinde.

Ältere Psychologen, z. B. Preyer, Sigismund und auch Ament in seinem vorher erwähnten Werke haben, sich die Entstehung der ersten Wortbedeutungen beim Kinde in der Weise gedacht, daß das Kind zunächst Worte höre, die für es nur Worte ohne Bedeutung

seien, anderseits besitze es aber vor dem Beginn des Sprechenlernens eine Fülle von Sachvorstellungen. Durch Verknüpfung der Wort- und Sachvorstellungen werden letztere nun Bedeutungsvorstellungen. M. weist nun nach, daß beim Kinde zunächst überhaupt keine Verknüpfung von Sach- und Wortvorstellungen stattfinde, sondern daß die ersten Worte des Kindes Wunschwörter sind, daß sie Wünsche, Begehrungen, etwas haben wollen oder nicht wollen, Abneigungen, Neigungen bezeichnen, und wenn das Kind scheinbar Gegenstände benenne, so gälte diese Bezeichnung nicht den Gegenständen selbst, sondern ihren Beziehungen zu seinen Wünschen und Begehrungen.

Der weitere Fortschritt besteht nun darin, daß der Gefühlscharakter der ersten Worte gegenüber der mehr gegenständlichen Bezeichnung dessen, was wahrgenommen wird, allmählich zurücktritt. Aber auch die ersten Wortbedeutungen des Kindes, welche wirklich Gegenstände oder Vorgänge oder seltener Eigenschaften bezeichnen, haben nichts von einem logisch-begrifflichen Charakter an sich, sondern sind Wortbedeutungen der allerprimitivsten Art und stehen völlig unter der Herrschaft der Assoziationsgesetze. An mehreren Beispielen zeigt der Verf., wie diese Wortbedeutungen entstehen.

Die eigentliche Begriffsbildung erfolgt erst viel später, teils unter dem Einfluß der zunehmenden Intelligenz, teils auf Grund des Unterrichts.

P. Maas (Aachen).

Wilh. Ament, Fortschritte der Kinderseelenkunde. (Sammlung von Abhandlungen zur psycholog. Pädagogik. Herausgegeben von E. Meumann. Bd. 1. Heft 2.) Der Verf. gibt eine Übersicht über die in den Jahren 1895—1903 auf dem Gebiete der Kinderseelenkunde erschienenen Arbeiten.

P. Maas (Aachen).

Arth. Mülberger, Die familiäre amaurotische Idiotie und ihre Diagnose. (Münch. med. Wochenschrift. 1903. No. 45.) M. beobachtete bei 2 Geschwistern, einem $3\,^{3}/_{4}$jährigen Knaben und einem $1\,^{1}/_{4}$jährigen Mädchen ein Krankheitsbild, das nicht anders als familiäre, amaurotische Idiotie aufzufassen war. Nur der Augenspiegelbefund war ein anderer, als er sonst als typisch erhoben wird, und zwar war derselbe bei dem Knaben folgender:

Linkes Auge: Papille senkrecht oval, trübgrau verfärbt, die Gefäße sehr schmal. Die Makulagegend ist in einer Ausdehnung, die etwa zwei Papillendurchmessern entspricht, in der Weise verändert, daß eine blaßrötliche Fläche von einem annähernd kreisrunden, schollenartig angeordneten Pigmentsaum von schwarzer Farbe eingeschlossen ist; ein zentraler roter Punkt fehlt. Der übrige Augenhintergrund zeigt infolge unregelmäßiger Pigmentanordnung in der Aderhaut granuliertes Aussehen.

Rechtes Auge: Papille kreisrund — der übrige Befund genau derselbe wie auf dem linken Auge.

Bei dem Mädchen wurden konstatiert:

Linkes Auge: Die Papille kreisrund, von rötlichgrauer Farbe, die Gefäße, namentlich die Arterien, sehr eng; in der Makulagegend keine gröberen Veränderungen nachzuweisen. Im inneren, unteren Quadranten (UB) nahe der Peripherie findet sich eine Serie von fünf parallel verlaufenden, schlangenlinienartigen, gezackten, schmalen Pigmentzügen von schwarzer Farbe, die nach oben verlängert gedacht, die Makula treffen würden; der übrige Augenhintergrund zeigt granuliertes Aussehen.

Rechtes Auge: Ebenfalls graue Atrophie des Sehnerven; Augenhintergrund wie links granuliert, sonst keine gröberen Veränderungen nachzuweisen.

Bei dem Knaben war infolge weit fortgeschrittener grauer Atrophie des Sehnerven totale Amaurose eingetreten, beim Mädchen ist die Atrophie noch im Fortschreiten begriffen, wahrscheinlich noch etwas Lichtempfindung vorhanden. Auch die Entstehung weicht von dem bisher Bekannten ab. Denn während bisher die Makulaerkrankung als die primäre Veränderung beobachtet wurde, der die Opticusatrophie folgte, macht der Befund beim Knaben nicht den Eindruck, daß dies hier ebenso gegangen sei, und dies wird um so unwahrscheinlicher, wenn man die Analogie bei dem Mädchen heranzieht, wo bisher überhaupt erst die Sehnervenatrophie zu beobachten ist.

Grätzer.

K. Velhagen (Chemnitz), Über Turmschädel und Sehnervenatrophie. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 31.) V. verfügt über drei eigene Beobachtungen. Ein 6jähriges Mädchen, eine 23jährige Dame und ein 17jähriger Pat. haben Turmschädel und Sehnervenatrophie, eine Kombination, die sich häufig findet. Warum dies der Fall ist, darüber herrscht noch Dunkel, da noch kein Sektionsbefund aus dem Beginn der Sehnervenentzündung vorliegt. Aus der Beobachtung der Anfangssymptome der Krankheit, die bei dem Kinde möglich war, glaubt aber V. schließen zu dürfen, daß sich am Eingang der Orbita eine Entzündung etabliert hatte, oder besser gesagt, daß die „physiologische Kongestion", welche sich im Knochen beim Wachsen etabliert, bei dieser Gelegenheit so intensiv wurde, daß es Exsudationen gab. Dies könnte wohl besonders aus drei Gründen an der Orbita beim Turmschädel sehr leicht eintreten: Erstens ist das Wachstum hier an bestimmten Partien besonders exzessiv, dann findet das Hauptwachstum des Schädels überhaupt in der Zeit bis zum siebenten Lebensjahre statt, und endlich treffen an der Spitze des Orbitaltrichters eine große Menge verschiedener wachsender Knochen- bezw. Knochenteile zusammen.

Grätzer.

M. Bondi (Iglau), Über hysterische Augenmuskel„lähmungen" in einer Familie. (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 33.) B. hat zwei Fälle von scheinbaren hysterischen Augenmuskellähmungen beobachtet, eine Abduzenslähmung und eine Ptosis, und zwar erstere bei der Mutter, letztere bei deren 12jähriger Tochter.

Bei der Mutter hatte es den Anschein, als ob es sich um wirkliche Muskellähmung handelte, bei genauerer Beobachtung stellte es sich heraus, daß hier nur eine willkürlich hervorgerufene Kontraktur der Musculi interni verlag. Andere Zeichen von Hysterie waren nicht zu konstatieren.

Auch das Kind wies sonst keine hysterischen Erscheinungen auf, nur eine Ptosis des linken Auges, welche plötzlich in der Nacht sich entwickelt hatte, als das Mädchen erwachend einen grellen Blitz wahrnahm. Es mag da sofort die Augen zugekniffen haben, wonach dann, unterstützt durch die ausgestandene psychische Erregung, der Spasmus des Lides bestehen blieb. Denn man hatte es hier mit einer Ptosis spastica (pseudoparalytica) zu tun, die nichts mit einer

Lähmung des M. levator zu tun hat, vielmehr abhängig ist von einem Krampfe der Palpebralportion des M. orbicularis, was sich schon durch Tieferstehen der betreffenden Augenbraue und Verstrichensein der entsprechenden Stirnfalten dokumentiert. Grätzer.

Vincenzo Gaudini, Ein Fall von infantilem hysterischen Opisthotonus. (La Pediatria. 1903. No. 3.) Der Fall betraf ein 8jähriges Mädchen; es bestanden keine sonstigen hysterischen Stigmata. Wenn das Kind den Kopf nach hinten beugte, so war es nicht imstande, ihn spontan wieder nach vorn zu beugen, es trat gleichzeitig Kongestion des Gesichtes und ein leichter Grad von Suggestion auf.

Es wurde Heilung dadurch erzielt, daß man in diesem Zustand ihr ein Skalpell auf die Haut des Halses setzte, als ob man die gespannten Muskeln durchschneiden wollte. F.

Josef K. Friedjung, Die Diastase der Musculi recti abdominis in der Pathologie des Kindes nebst einigen Bemerkungen über die Hysterie im Kindesalter. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 36. Heft 3—6.) Verf. ist geneigt, die von ihm so häufig gefundene Diastase der Mm. recti abdominis bei Kindern jenseits des zweiten Lebensjahres (von 100 untersuchten Kindern bei 75) auf anhaltende Zustände von Meteorismus im Säuglingsalter zu schieben. Die von Kindern mit Diastase der Mm. recti oft geklagten anfallweisen Schmerzen im Abdomen, welche auf hauptsächlich suggestive Behandlung so leicht verschwanden, lenkten die Vermutung des Verf.s auf Hysterie. In 8 Monaten fand und beobachtete er an dem Material der Montischen Poliklinik 32 Kinder, die außer ihrer Bauchmuskeldiastase hysterische Stigmata in wechselnder Zahl und Kombination aufwiesen. Verf. leitet von diesen Krankheitsbildern folgende Sätze ab: „Die Diastase der Musculi recti abdominis bezeichnet im Kindesalter ohne Unterschied des Geschlechts das normale Verhalten; es findet sich bei 75 Kindern von 100 und macht im allgemeinen keine krankhaften Erscheinungen. Dort, wo sie mit Hysterie zusammentrifft, kann sie zu einem typischen Krankheitsbilde führen, das sich durch inkarzerationsähnliche Anfälle charakterisiert; es handelt sich dabei um eine Hyperästhesie der Baucheingeweide, die auch in der anfallsfreien Zeit bei der Untersuchung nachweisbar ist. Diese Deutung der Anfälle ist nur nach der Ausschließung aller ähnlichen Symptomenkomplexe zulässig. Das Fehlen des Rachenreflexes, noch mehr der herabgesetzte Cornealreflex sind bei sonst nervengesunden Kindern keine ganz zuverlässigen Kriterien der Hysterie. Jenes hysterische Syndrom des Kindesalters bietet der Suggestivtherapie ein sehr lohnendes Feld. Die Tinctura Valerianae leistet dabei in den meisten Fällen gute Dienste.“ Hutzler (München).

A. P. Francine, Diastasis of the Recti in Rickets. (Arch. of Pediatrics. Feb. 1904.) Diastase der Recti bei rachitischen Kindern ist bis zurzeit wenig beobachtet und als Symptom dieser Krankheit wenig gewürdigt worden. Sogar erfahrene Kinderärzte haben den Zustand gar nicht gesehen.

F. behauptet dagegen, daß Diastase der Recti eine durchaus häufige Begleiterscheinung der Rachitis sei. Der Spalt zwischen den Muskeln zeigt große Verschiedenheit in bezug auf Breite — von Fingerbreite bis zum weiten Klaffen. In 70% seiner Rachitiker konnte Verf. diesen Zustand konstatieren, und er meint sogar, daß dieser Prozentsatz zu niedrig sei für größere statistische Zahlen. Beim Säugling ist es keineswegs leicht, die Diastase zu entdecken, — daher das Schweigen der Autoren. Ältere Kinder können dem Arzt dadurch entgegenkommen, daß sie Kopf und Schultern heben und somit die Recti anspannen, wobei dann das Klaffen deutlich wird.

Da die Muskeln bei Rachitis schon frühzeitig ihren Tonus einbüßen, so kommt es häufig sehr früh zur Diastase der Recti. Mit dem Ausheilen der Rachitis geht auch die Diastase langsam zurück bis zum völligen Schwinden.

Übrigens sieht man Diastase der Recti auch bei sonst gesunden Kindern. Im späteren Kindesalter oder zur Zeit der Pubertät gehen diese Spalten zurück. Zum Unterschied von rachitischer Diastase beschränkt sich dieselbe bei gesunden Kindern auf die Nabelgegend, während bei Rachitischen die Bauchwand der ganzen Länge nach klafft.

Folgt Bericht über eine ausgesprochene Diastase bei einem farbigen Säugling.

Leo Jacobi (New York).

N. Orloff, Zur Frage der pathologischen Anatomie der genuinen Epilepsie. (Arch. f. Psych. Bd. 38. Heft 2.) Verf. hatte Gelegenheit, 4 Fälle genuiner Epileptiker zu untersuchen und richtete sein besonderes Augenmerk auf die Gliaveränderungen. In sämtlichen Fällen fand sich zwar Gliawucherung, doch hatte sie weder in ihrem Auftreten noch in der Anordnung oder Bildung etwas für Epilepsie Charakteristisches. Das Vorkommen solcher Gliavermehrung ist in allen Fällen lange währender Geisteskrankheit als die Regel zu betrachten, ihre Anordnung in allen die gleiche. Die pathologischen Erscheinungen an der Glia treten übrigens nur dann bei genuiner Epilepsie auf, wenn die Krankheit lange dauerte oder zur Geistesschwäche geführt hat oder endlich, wenn sie in der Kindheit einsetzte.

Kurt Mendel.

J. Donath (Budapest), Kraniektomie bei Epilepsie verschiedenen Ursprungs. (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 46.) D. stellt im allgemeinen die Indikation auf, daß die Schädelresektion bei jedem lokal einwirkenden mechanischen Reiz, der das Hirn trifft, sowie bei jeder die Hirntätigkeit schädigenden Steigerung des intrakraniellen Druckes angezeigt ist, und er führt vier eigene Beobachtungen an.

Die erste betraf eine sogenannte genuine Epilepsie (bei einem 10jährigen Kinde), insofern dieselbe mit schweren Krämpfen, Bewußtlosigkeit bezw. tiefer Störung des Bewußtseins, Schäumen vor dem Munde, nachfolgender vollständiger Amnesie und, infolge der gehäuften Anfälle, mit raschem Intelligenzverfall einherging. Der vorwiegend Jacksonsche Typus dieser Anfälle — ganz abgesehen von den fruchtlosen Versuchen, sie zu bekämpfen — drängte sozusagen zur Operation.

Da im Gehirn nichts gefunden wurde, so ließ man es bei einer Kraniektomie bewenden. Die Wirksamkeit der Operation zeigte sich unmittelbar nachher darin, daß nur noch zwei Krampfanfälle auftraten, hernach noch eine Zeitlang Petit mal und Absenzen sich zeigten. Die nach der Operation eine kurze Zeit bestandenen aphatischen Störungen, Anisocorie und Parese des rechten Mundfacialis mögen vielleicht auf Rechnung der Operation zu bringen sein, worauf das Kind vollkommen frei von Anfällen blieb und sich bis heutigen Tages (also bereits seit einem Jahr) der vollständigen körperlichen und geistigen Gesundheit erfreut.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Schädeltrauma mit Depression und Knochennekrose, wo aber erst 4 Jahre später Epilepsie, linksseitige Parese mit schweren psychischen Störungen und Intelligenzverfall auftraten. Die Epilepsie ist also hier erst nachträglich durch die inzwischen entstandene traumatische Encephalitis, welche bei der Operation auch vorgefunden wurde, hervorgerufen worden. Die Kraniektomie hat hier das Aufhören der Krämpfe und wesentliche Besserung in den hemiplegischen Erscheinungen, Sprachstörungen und im Intellekt bewirkt. Wie weit die Heilung noch fortschreiten werde, ist vorläufig nicht zu bestimmen; selbstverständlich kann das, was etwa durch den encephalitischen Prozeß gänzlich zerstört wurde, nicht regeneriert werden. Daraus folgt, daß bei Schädeltraumen mit Knochendepression, Zertrümmerungen, oder wo überhaupt Herderscheinungen angenommen werden dürfen, sofort trepaniert werden soll.

Selbst im dritten Fall mit der faustgroßen Encephalomalacie wurde der Stat. epilepticus, die Hemiplegie durch die Kraniektomie beseitigt, die Intelligenz gehoben, so daß die bedeutende Besserung über 2 Monate gewährt hatte; doch konnte bei der Ausdehnung des Leidens der Exitus nicht aufgehalten werden.

Im vierten Falle handelt es sich wahrscheinlich um eine Neubildung (Gummi oder Tumor).

Die drei letzten Fälle betrafen Erwachsene. Grätzer.

Bratz und **Falkenberg,** Hysterie und Epilepsie. (Arch. f. Psych. Bd. 38. Heft 2.) Unter etwa 2500 Kranken aus der Anstalt Wuhlgarten fanden Verff. keinen einzigen, bei dem die Diagnose Hystero-Epilepsie im Sinne einer Mischform Binswangers berechtigt gewesen wäre; nicht selten fand sich dagegen bei einem und demselben Kranken eine selbständige Koexistenz von Epilepsie und Hysterie. Intermediäre Anfälle (Oppenheim) wurden wiederholt konstatiert: meist bewies der weitere Krankheitsverlauf, daß es sich hier um reine Hysterien, seltener um reine Epilepsieerkrankungen handelte.

Bei sicheren Fällen von Koexistenz beider Neurosen wurden Anfälle, die eine innige Mischung epileptischer und hysterischer Symptome boten, nie beobachtet.

Die hauptsächlichsten Ergebnisse der Arbeit sind:

1. Es gibt keine Hysteroepilepsie.
2. Die Koexistenz beider Neurosen ist häufig.
3. Es scheint, daß die Epilepsie stets der Hysterie vorausgeht.

Die Epilepsie begann dann meist schon in der Kindheit; später, oft in der Pubertät, trat die Hysterie hinzu. Zwischen dem Manifestwerden der ersten epileptischen und hysterischen Krankheitssymptome lagen in den verschiedenen Fällen 1—30 Jahre. Kurt Mendel.

Herman Lundborg, Ist Unverrichts sogenannte familiäre Myoklonie eine klinische Entität, welche in der Nosologie berechtigt ist? (Neurol. Centr. 1904. No. 4.) Verf. hatte Gelegenheit, 17 Fälle familiärer Myoklonie in einem schwedischen Geschlecht eingehender zu studieren; außerdem konnte er zwei von Unverrichts ersten Fällen, nachdem 10 Jahre verstrichen waren, ein Zeitlang beobachten. Verf. kommt zu der Ansicht, daß Unverrichts familiäre Myoklonie eine Krankheit für sich ist, die mit Leichtigkeit von der chronischen progressiven Chorea geschieden werden kann und muß. Hierfür spricht die ausgesprochene Periodizität hinsichtlich des Auftretens der Symptome bei der Unverrichtschen Krankheit, eine Periodizität, welche sich bei der Chorea progressiva nicht vorfindet und wahrscheinlich durch eine verschieden auftretende gesteigerte Reizbarkeit in den Neurosen des zentralen Nervensystems bedingt ist. In solchen Unruheperioden sind sensible Reizungen jeder Art, gewisse Sinneseindrücke und verschiedene psychische Phänomene imstande, myoklonische Zuckungen hervorzurufen. Diese Muskelunruhe steht zum allergrößten Teile nicht unter dem Einfluß des Willens. Die gesteigerte Reflexreizbarkeit in den Zentren des Nervensystems wird vom Verf. an 3 Fällen illustriert, sie ist eines der Kardinalsymptome der familiären Myoklonie und findet sich weder bei progressiver Chorea noch bei anderen Krankheiten wieder. Ein Analogon dafür zeigt sich bei Strychninvergiftung und beim Tetanus, indem auch hier sensible Reizung auf dem Wege der Reflexe heftige, wiederholte Krampfattacken hervorruft, dieselben sind aber meist tonischer Art und nur ausnahmsweise klonisch. Kurt Mendel.

O. Mass (Berlin), Über ein selten beschriebenes familiäres Nervenleiden. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 31.) M. schildert die Krankengeschichten zweier Geschwister, 26 und 29 Jahre alt. Beide erkrankten im Kindesalter (im 12. bezw. 13. Lebensjahre) und weisen einen Symptomenkomplex auf, in dem spastische und atrophische Prozesse kombiniert die Hauptrolle spielen. M. diskutiert die Diagnose uud kommt zu dem Schlusse, daß wahrscheinlich amyotrophische Lateralsklerose vorliegt. Grätzer.

M. Nonne, Ein Fall von familiärer Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis. Tabes bei der Mutter und ihren zwei hereditär-syphilitischen Töchtern. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 32.) Das Hauptsächlichste der Mitteilung ist in der Überschrift gesagt. Interessant war, daß zwischen den beiden Töchtern, die 20 bezw. 29 Jahre alt waren, ein ganz gesunder Bruder von 25 Jahren stand.

N. führt noch 2 Fälle kurz an, die man als Ausdruck einer familiären Disposition, nach Syphilisinfektion „organisch nervenkrank“ zu werden, ansehen kann. Grätzer.

R. Kaufmann, Über hereditäre, infantile Tabes. (Aus dem Spital der allgem. Poliklinik in Wien.) (Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 35.) 10jähriger Knabe, von tabischem Vater abstammend, hat seit dem sechsten Lebensjahre Erscheinungen von Incontinentia urinae, seit seinem neunten Jahre gastrische Krisen. Objektiv nachweisbar: reflektorische Pupillenstarre, Trägheit der Pupillen bei Konvergenz, Fehlen der Patellarreflexe und ein geringer Grad von Rombergschem Symptom.

Die Diagnose konnte nur zwischen Tabes dorsalis und Pseudotabes syphilitica schwanken, welch letztere sich in allen Fällen infantiler Tabes mit Sicherheit nicht ausschließen läßt, da sie gelegentlich das gleiche Bild erzeugen kann. Allerdings war hier kein für Pseudotabes syphilitica charakteristisches Symptom vorhanden. Erb führt als solche an: den etappenweisen Verlauf, die Unvollständigkeit der Ausfallserscheinungen, Oszillieren der Einzelsymptome, das intermittierende Auftreten von Hirnerscheinungen, und hebt der Tabes gegenüber hervor, daß bei zerebrospinaler Lues außer den beiden Krankheiten gemeinsamen Symptomen der Pupillenstarre, Augenmuskellähmung, Sehnervenatrophie usw. auch neuritische Prozesse (Neuritis optica) und die Zeichen einer Herderkrankung des Gehirns beobachtet werden. Nach Kalischer sind außer dem schubweisen Auftreten und dem wechselnden Verhalten der Symptome noch besonders solche Erscheinungen für Lues cerebrospinalis charakteristisch, welche auf eine diffuse Beteiligung des Gehirns hinweisen, wie „psychische Entwicklungshemmung, Imbezillität, progressiver Schwachsinn, Charakterveränderungen, Intelligenzdefekte, Schwindelanfälle, apoplektiforme, epileptiforme und epileptische Anfälle, kortikale Krämpfe, zerebrale Herd- und Lähmungserscheinungen, Nystagmus, Cephalaea nocturna, Neuritis optica, Stauungspapille, Störungen des Bewußtseins, Absenzen, Somnolenz“ usw. Alles das fehlte im obigen Falle; auch hält die Enuresis nocturna seit 3 Jahren ohne wesentliche Schwankung an, seit einem Jahre bestehen die Magenkrisen, die kontinuierlich sich steigern; endlich fehlen gerade diejenigen Symptome der Tabes, die der Pseudotabes am häufigsten zukommen: die Schmerzen und die Ataxie. Alles spricht dafür, daß hier ein Fall von echter Tabes vorliegt.

Wie hier waren auch bei anderen Fällen von infantiler Tabes Blasenstörungen das erste, wenigstens das erste nachweisbare Symptom. Auch die Kombination von Fehlen der Lichtreaktion der Pupillen mit Trägheit der Reaktion auf Akkommodation, wie sie hier zu konstatieren war, zeigte sich bei fast allen Fällen von kindlicher Tabes. Das Westphalsche Symptom besteht hier, wie in allen übrigen Fällen; doch konnte K. Sensibilitätsstörungen nicht finden; ebenso fehlten Schmerzen, die überhaupt bei infantiler Tabes relativ selten vorhanden sind, ebenso wie hier die Ataxie vollständig zurückzutreten pflegt. Dadurch und durch den langsameren Verlauf macht die infantile Tabes im allgemeinen den Eindruck einer milderen, weniger deroutierenden Krankheit, als die Tabes Erwachsener. Grätzer.

J. Hagelstam, Über Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwicklungsalter. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenh. Bd. 26,

Heft 3.) Unter 45 Fällen von infantiler oder juveniler Tabes bezw. Taboparalyse (darunter drei eigne in der Oppenheimschen Poliklinik gemachte Beobachtungen) betrafen 16 das männliche, 29 das weibliche Geschlecht. Die Bedeutung der Syphilis in der Ätiologie der Tabes uad Paralyse tritt im jugendlichen Alter noch mehr hervor als im vorgerückteren. Außer der syphilitischen Ätiologie sind die hereditären Verhältnisse fast das einzige Moment, welches noch eine besondere Aufmerksamkeit verdient.

In mehr als 25% der Fälle konnte entweder Tabes oder Paralyse oder Hirnlues bei dem Vater oder der Mutter, in ein paar Fällen sogar bei beiden mit Sicherheit konstatiert werden; eine hereditäre Schwäche des zentralen Nervensystems muß hierbei eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Augensymptome und Blasenbeschwerden treten besonders hervor bei der juvenilen Tabes, Ataxie und lanzinierende Schmerzen sind seltener, der Verlauf ist ein langwierigerer als bei der Tabes im späteren Alter. Kurt Mendel.

J. G. Mönckeberg, Anatomischer Befund eines Falles von „Landryschem Symptomenkomplex". (Aus dem Senckenbergschen pathol.-anatom. Institut in Frankfurt a. M.) (Münchener med. Wochenschrift. 1903. No. 45.) In neuester Zeit hat Rolly auf Grund seiner Untersuchungen ausgesprochen, daß die Landrysche Paralyse als Krankheit sui generis nicht mehr zu betrachten sei. Er fand bei einer Sektion als einzige Veränderung am Nervensystem eine über die feineren Muskelnervenäste der Extremitäten sich ausdehnende, die größeren Nervenstämme aber freilassende Polyneuritis. Falls bei Landryscher Paralyse einmal myelitische Veränderungen im Rückenmarke vorhanden sind, so sind diese nach Rolly als auf das Rückenmark fortgeleitete Polyneuritiden aufzufassen, bezw. hat dann nach Krewer das schädliche Agens gleichzeitig auf periphere Nerven und auf das zentrale Nervensystem „eine gewisse Schädigung" ausgeübt.

Dieser Auffassung der myelitischen Formen tritt nun M. entgegen auf Grund des Befundes an einem Falle, dessen Obduktion und mikroskopische Untersuchung er ausgeführt hat.

Es handelte sich um eine 12jährige, früher stets gesunde Pat., die eines Tages noch eine größere Gebirgstour gemacht, tags darauf dann mit Schmerzen im Nacken, Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen, Stuhlverhaltung und Schlaflosigkeit erkrankte. Am dritten Krankheitstage wurden im Urin Eiweiß, Leukozyten und Zylinder gefunden, am vierten trat Schwäche in den Beinen auf, die das Stehen unmöglich machte, in den folgenden Tagen zunahm und sich auf die Arme ausdehnte. Gleichzeitig wurde das Allgemeinbefinden besser, die Pat. fieberfrei. Am siebenten Tage wurde eine schlaffe Lähmung beider Beine, des linken Armes mit Ausnahme der Hand und des rechten Oberarmes konstatiert, ohne Sensibilitätsstörungen, mit erloschenen Patellarreflexen. Dabei wurden Atmung und Herzaktion immer frequenter, Angstzustände traten auf. Die Lähmungen dehnten sich in den folgenden Tagen nicht weiter aus. Am 13. Tage, 7 Tage nach Eintritt der schlaffen Lähmung, Exitus unter zunehmender Atemnot und Herzschwäche.

Die Sektion ergab kleine Blutungen im Epikard und in den

Lungenpleuren, geringe trübe Schwellung der Nieren, kleine Blutungen in der grauen Substanz der Medulla spinalis. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung mußte die Diagnose auf Poliomyelitis acuta mit diffuser Ausbreitung im Rückenmark und besonderer Bevorzugung der Vorderhörner gestellt werden.

Es liegt also hier ein Fall von myelitischer oder medullärer Form des klinischen Landryschen Symptomenkomplexes vor. Dabei deckte sich der mikroskopische Befund so vollkommen mit denen, die bei der genuinen Poliomyelitis im akuten Stadium erhoben worden sind, daß von vornherein die Annahme einer Fortleitung polyneuritischer Prozesse beim Betrachten der Rückenmarksquerschnitte höchst unwahrscheinlich erscheint. Zieht man aber die Befunde an den peripherischen Nerven und den vorderen Rückenmarkswurzeln mit in Betracht, so muß diese Annahme völlig fallen gelassen werden, da hier eben keinerlei Zeichen einer Entzündung, sondern vielmehr das typische Bild einer sogenannten einfachen Degeneration vorlag, wie wir es stets beim Untergang der motorischen Vorderhornzellen zu sehen bekommen und wie es von Redlich auch bei der akuten Poliomyelitis beschrieben worden ist. Es läßt sich dieser Fall also weder im Sinne Rollys noch Krewers erklären, vielmehr scheint er der Duchenneschen Auffassung der Landryschen Paralyse als Poliomyelitis anterior acutissima zu entsprechen.

Grätzer.

Jos. Fränkel and **B. Onuf**, Congenital intrauterine Poliomyelitis. (American Medicine. 16. Januar 1904.) Die Verff. berichten über einen einzig in der Literatur dastehenden Fall von angeborener intrauteriner Poliomyelitis und Neuritis. Das Kind wurde 6 Jahre alt und starb an Diphtherie. Es konnte seine Extremitäten nie richtig gebrauchen, lernte aber trotzdem frühzeitig gehen. Andere Nervenstörungen waren auch vorhanden.

Die Sektion ergab Daten für die erwähnte Diagnose.

Leo Jacobi (New York).

G. Anton (Graz), Über einen Fall von beiderseitigem Kleinhirnmangel mit kompensatorischer Vergrößerung anderer Systeme. (Wiener klin. Wochenschrift. 1903. No. 49.) Es handelt sich um ein $6\,^1/_2$jähriges Kind, bei dem der Sektionsbefund ergab, daß ein Kleinhirn zwar angelegt, aber bis auf kleinste Zellreste wieder vor der Geburt zerstört und resorbiert worden war; wahrscheinlich war es ein Erweichungsprozeß, wie er den Porencephalien zugrunde liegt.

A. schildert genau den makroskopischen und mikroskopischen Befund am Zentralnervensystem, sowie die bei dem Kinde wahrgenommenen Funktionsstörungen. Die Lokomotion, aber auch die Artikulation hatte sich viel später entwickelt, als bei normalen Kindern. Das selbständige Gehen und Stehen war im sechsten Lebensjahr noch nicht erreicht, wenn auch ein steter Zuwachs an Bewegungsvermögen konstatiert wurde. Die Aufeinanderfolge der Bewegungen war eine langsame, die Gesamtzahl der Bewegungen stark reduziert; vor allem war die Erhaltung des Körpergleichgewichts, sowie das Einhalten der Richtung nach vorwärts und rückwärts hochgradig beeinträchtigt. Diese als Ausfallserscheinungen zu betrachtenden Bewegungsstörungen

entsprachen also bei weitem nicht der Intensität der Symptome, welche selbst bei viel minder kompletten Verletzungen des Kleinhirns beim Erwachsenen zustande kommen. Ein Teil der Kleinhirnleistungen wurde hier eben anderweitig aufgebraucht, suppliert. Es verriet auch die mächtige Entwicklung der Hinterstrangkerne und des Schleifensystems, sowie der Pyramidenbahn eine relative Überfunktion dieser Teile; die zentripetale und zentrifugale Bahn der Bewegungsimpulse des Großhirns kamen also für die Supplierung in Betracht. Auffallend war auch die Vergrößerung der Trigeminuskerne, besonders die evidente Zellvermehrung im Locus coeruleus. Grätzer.

L. Babonneix (Paris), Un cas d'atrophie musculaire progressive chez un enfant de cinq ans. (Archives de méd. des enfants. 1904. No. 6.) Der Verf. beschreibt einen selbstbeobachteten Fall von progressiver Muskelatrophie bei einem Kinde, welcher sich in keine Gruppe der bekannten progressiven chronischen Amyotrophien einreihen läßt. Das betreffende, 5jährige Mädchen bot einen auffallenden Muskelschwund der Extremitäten, namentlich an den kleinen Fußmuskeln sehr deutlich ausgesprochen. Auch die Muskeln des Unterschenkels und Schenkels zeigten Atrophie, wenn auch nicht alle gleich stark ergriffen waren. Es bestand auch eine deutliche Abnahme der Motilität, namentlich rechts. Rumpfbewegungen konnten noch, wenn auch mühselig, ausgeführt werden. Auch die kleinen Muskeln der Hände zeigten eine typische Atrophie, ebenso auch diejenigen der Arme, hauptsächlich rechts und mehr an den Vorderarmen als an den Oberarmen, während die Schultermuskeln, namentlich die Deltoidei normal waren. Es bestanden keine fibrillären Zuckungen, keine choreischen oder athetotischen Bewegungen, kein Intentionszittern. Die Bewegungen des Kopfes, der Zungen- und Gesichtsmuskeln, die Phonation und Deglutition waren normal. Andererseits beobachtete man eine sehr erhebliche Steigerung der Reflexe, namentlich rechts, spinale Trepidation, Babinskisches Zeichen in der Streckung, etwas Nystagmus an den Augen. Die Sensibilität schien normal, ebenso die Intelligenz. Einen Monat später konnte man ein Fortschreiten des amyotrophischen Prozesses feststellen. B. ist der Ansicht, daß es sich im vorliegenden Falle um eine sclérose en plaques mit amyotrophischer Form handeln dürfte. E. Toff (Braila).

M. Brasch, Dystrophia muscularis progressiva bei Mutter und Kind. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 3.) Die früher einzeln für sich bestehenden Krankheitstypen, denen gemeinsam war eine stetig zunehmende Atrophie bezw. Hypertrophie der Muskeln, wurden von Erb als nosologische Einheit zusammengefaßt, der nur noch zwischen der muskulären und der spinalen Form unterschied. Den klinischen Beweis für die Zusammengehörigkeit der als „Dystrophia muscularis progressiva" zusammengefaßten Formen fand Erb in der weitgehenden Übereinstimmung zwischen den einzelnen Typen, in dem Vorhandensein von Übergangsformen zwischen ihnen und in dem Vorkommen der verschiedenen Formen in derselben Familie. Was letzteren Punkt anbelangt, so brachte Erb nur sechs Familiengeschichten, deren Beweiskraft aber eine schlagende war.



M. hat nun eine weitere diesbezügliche Beobachtung gemacht. Ein 8jähriger Knabe bot die typische infantile atrophische Form der Dystrophia muscularis progressiva dar, dessen 42jährige Mutter aber ziemlich deutlich die hypertrophische Form der Dystrophie. Der Fall der Mutter war in zweifacher Hinsicht noch bemerkenswert: Dadurch, daß der Beginn der Erkrankung ins vierte Lebensjahrzehnt fällt, sowie dadurch, daß es sich nicht um die juvenile Form handelt, von der es bekannter ist, daß sie gelegentlich einmal im späteren Alter auftritt, sondern um einen infantilen Typus.

Aber auch gemeinsam betrachtet, bieten beide Fälle Besonderheiten dar. Zunächst die, daß die Mutter, eine bis dahin gesunde Frau, an der Dystrophie erst erkrankte, nachdem sie ein dystrophisches Kind zur Welt gebracht hatte, und daß auch dann noch ihre eigene Erkrankung einen viel schleichenderen Verlauf nahm und noch nimmt, als beim Kinde. Sodann die, daß die Heredität nicht zum Ausdruck kommt in dem Auftreten einer gleichartigen Erkrankung bei Mutter und Kind, sondern in einer Kombination eines infantilen einfachen atrophischen Typus (ohne Gesichtsbeteiligung) mit einer hypertrophischen, im höheren Lebensalter entstandenen Form. Grätzer.

Alessandro Marina, Die initialen und rudimentären Formen der Pseudohypertrophie der Muskeln in der Kinderpraxis. (La Pediatria. 1903. No. 3.) Verf. berichtet über drei Fälle seiner Beobachtung. In dem einen konnte die Diagnose auf beginnende Muskeldystrophie gestellt werden — es bestand eine Verbiegung der Wirbelsäule nach rechts, Atrophie einiger Schultermuskeln und Hypertrophie des einen Glutaeus. Im zweiten Fall war Atrophie der Rhomboidei und des M. supraspinatus vorhanden mit Hypertrophie der Wadenmuskeln; nach vielen Jahren hatte sich im Befinden des Kranken absolut nichts verändert. Der dritte Fall muß nach Ansicht des Verf.s als eine im Anfangsstadium zur Heilung gelangte Pseudohypertrophie bezeichnet werden. Er folgert aus seinen Beobachtungen, daß der Praktiker beim Bestehen einer Wirbelsäulenverkrümmung mit leichten Muskelatrophien stets an die Möglichkeit einer beginnenden Pseudohypertrophie denken muß und daß angesichts des zweifellosen Vorkommens abortiv verlaufender und zur Heilung kommender Fälle die Prognose nicht absolut infaust gestellt zu werden braucht. F.

W. Christen (Olten), Ein Fall von Polymyositis acuta. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1903. No. 24.) Es handelte sich um einen 10jährigen Knaben. Derselbe zeigte in typischer Reihenfolge die charakteristischen Symptome den Polymyositis: Beginn mit Hautaffektion, Fieber, Magendarmstörungen, allgemeine Abgeschlagenheit, Albuminurie, dann Schmerzen in der verschiedenen Muskeln, rasche Anschwellung und Druckempfindlichkeit derselben, Bewegungshemmung, Erlöschen der Reflexe, profuse Schweiße, allmähliche Abnahme der Muskelschwellung, Erwachen der Reflexe und rasche völlige Wiederherstellung. Abgesehen von der Hautaffektion im Prodromalstadium wurden keine Veränderungen der Haut und Schleimhäute beobachtet, während diese sonst in hervorragendem

Maße an der Erkrankung beteiligt sind, weshalb auch die Krankheit als Dermatomyositis bezeichnet wird, und von H. Oppenheim dafür sogar die Benennung Dermatomucomyositis in Vorschlag gebracht wurde.

Diese Erkrankung, die 5 Wochen dauerte, gehörte zu den akuten Fällen, im Gegensatz zu den chronischen, die sich über viele Wochen und Monate hinziehen können.

Die Behandlung bestand in warmen Einwicklungen und Aspirin.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung der Kinderärzte Südwestdeutschlands und der Schweiz.

2. Versammlung am 12. Juni in der Heidelberger Kinderklinik.

Begrüßung durch den Vorsitzenden Prof. Vierordt; Biedert und Camerer sen. sind durch schwere Krankheit ferngehalten.

1. O. Vierordt: **Säuglingsstation, Säuglingsambulanz und Milchküche** mit Vorführung der neuen Säuglingsabteilung der Kinderklinik.

V. betont in gedrängter Kürze die Notwendigkeit von speziellen Säuglingsanstalten für die wissenschaftliche Erforschung der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters, für den Unterricht, die Krankenpflege, die Ausbreitung richtiger Anschauungen über Ernährung und Pflege des Säuglings, für die Ausbildung von Berufspflegerinnen und jungen Mädchen der besseren Stände. Diese Anstalten bilden am besten Abteilungen von Kinderkliniken, aber mit getrenntem Dienst. — Der Biedertschen Forderung einer zentralen Versuchsanstalt für dies Studium der Ernährung kann wohl in bezug auf die Säuglinge durch die Schaffung einer größeren Anzahl kleinerer Zentren, wie sie in Deutschland im Gange ist, genügt werden.

V. hat in Heidelberg zunächst das Schloßmannsche System der Verbindung von Ambulanz, Station und Küche für trinkfertige Säuglingsnahrung angenommen, und der Erfolg war derart, daß nach einem Jahr ein Neubau nötig wurde, der am Tage vor der Versammlung eingeweiht war und zu dessen Besichtigung nun geschritten wurde.

Der Neubau enthält im Parterre die Räume der Milchküche (Küche, Sterilisationsraum, Kühlraum) mit Aufstellung moderner Einrichtungen und Apparaten; im 1. Stock die Abteilung für kranke Säuglinge, 16 Betten und eine Couveuse à 2.

Der Dienst wird von einem Abteilungsarzt (Dr. Ibrahim), einer Oberin, Schwestern vom roten Kreuz, lernenden Berufspflegerinnen und jungen Damen (welche, wie die anderen Pflegerinnen im Hause wohnen) versehen. — Selbstverständlich Ammen.

Eine ausführliche Publikation über die Anstalt erfolgt demnächst.

2. Ibrahim demonstriert die pathologischen Präparate von zwei **kongenitalen Pylorusstenosen**, sowie vier geheilte Fälle des gleichen Leidens und vertritt die Anschauung, daß den meisten Fällen dieser Art ein organisches Leiden zugrunde liege. (Ausführliche Publikation demnächst.)

3. Hagenbach (Basel) berichtet über klinische Beobachtungen, die er an den **Muskeln rachitischer Kinder** gemacht hat. Er nimmt eine primäre Schlaffheit



und Schwäche der rachitischen Muskulatur an und beweist dies aus der Funktion derselben an verschiedenen Körperpartien. Die so vielfach betonte, sogenannte Gelenkschlaffheit an Fuß, Knie, Hand, Finger Rachitischer muß auf diese primäre Muskelschlaffheit zurückgeführt werden.

4. O. Vierordt: **Besserung und Heilung von umschriebenen Bronchiektasien der Unterlappen durch Wegnahme von Rippen (Mobilisation der Brustwand).**

Zylindrische und sackige Bronchiektasien sind im Kindesalter nicht allzu selten; sie werden leicht übersehen („umschriebene chronische Bronchitis") rezidivierende Pneumonien, welche stets im gleichen Lungenabschnitt auftreten. — Ihre Therapie ist bisher teils unwirksam, teils gefährlich (Gefahr bei Injektionen, hohe Mortalität der Inzision und Drainage).

Nach Quinckes Untersuchung würde bei den Bronchiektasien der oberen Lungenabschnitte von Mobilisation der Brustwand, durch Wegnahme von Rippenstücken, bei denjenigen der unteren Lungenteile von der Drainage mehr zu erwarten sein. V. hält diese Untersuchung aus physikalischen Gründen nicht für strikte durchführbar; dazu kommen die erwähnten unerfreulichen Ergebnisse der Drainage von Lungenhöhlen. Er beschloß deshalb, die ausgedehnte Mobilisation der Brustwand bei allen diagnostisch sichergestellten Bronchiektasien der Unterlappen zu versuchen und stellt vier Fälle vor, von denen einer (doppelseitig — Heilungsdauer $^3/_4$ Jahr) als geheilt, ein zweiter (kürzere Dauer) als wahrscheinlich geheilt, zwei als erheblich gebessert anzusehen sind.

Es bestehen für die Operation zwei Schwierigkeiten: ist die Pleura costalis zart und nicht verwachsen, so reißt sie leicht ein (einmal vorgekommen ohne üble Folgen); ferner regenerieren sich die Rippen im Kindesalter bei stehenbleibendem Periost sehr schnell; man muß sich deshalb entweder zur Kompression der resezierten Stelle sofort im Anschluß an die Operation oder eventuell zur Fortnahme des Periost entschließen. V. hat das erstere erprobt und ist nicht unzufrieden; das zweite hat mehrfache Bedenken. — Ausführliche Publikation später.

5. Vulpius (Heidelberg): **Über die Fortschritte in der Behandlung schwerer Kinderlähmung und ihrer Folgezustände.**

Die Fortschritte der modernen Orthopädie kommen durchweg der Therapie der spinalen Kinderlähmung zu gute. Es gilt dies sowohl für die mechanische Orthopädie, die heute im Schienenhülsenapparat ein vorzügliches Schutzmittel für gelähmte Glieder besitzt, es gilt aber mehr noch für die operative Orthopädie. Die Arthrodese macht durch Beseitigung des Schlottergelenkes ein wertloses, gänzlich gelähmtes Glied wieder brauchbar, die Sehnentransplantation verfolgt das höhere Ziel, einen gelähmten Muskel durch Verbindung seiner Sehne mit einem gesunden Nachbar zu ersetzen — sie ist die Operation der Wahl bei partieller Lähmung. Die Kombination der genannten Verfahren läßt Erfolge erzielen selbst in den schweren Fällen von Lähmung mehrerer Extremitäten.

1. Demonstration einer Pat. mit Lähmung an einem Bein und beiden Armen, operativer Ersatz des Fingerstückes mit vollkommener Funktionswiederherstellung. 2. Demonstration von 4 Pat. mit Lähmung beider Beine, die bisher auf den Händen gekrochen waren und durch mehrfache Operation auf die Beine gebracht wurden.

6. Jordan (Heidelberg) demonstriert einen Fall von ausgedehnter poliomyelitischer Lähmung der unteren Extremitäten, bei dem durch multiple Sehnentransplantationen und Arthrodesen die Gehfähigkeit hergestellt wurde.

7. Ibrahim demonstriert 8 Fälle von zerebralen Diplegien.

1. Allgemeine Starre, Idiotie, Opticus- und Netzhautatrophie, Strabismus.
2. Allgemeine Starre, Idiotie, partielle Muskelhypertrophie.
3. Paraplegische Lähmung, Strabismus, Idiotie, partielle Muskelhypertrophie.
4. Paraplegische Starre, Idiotie, Strabismus, partielle Muskelhypertrophie.
5. Paraplegische Starre ohne Hirnsymptome.
6. Hydrocephalus mit Paraspasmen.
7. Bilaterale Hemiplegie mit beiderseitiger Chorea-Athetose und Erscheinungen der Pseudobulbärparalyse.
8. Halbseitige zerebrale Kinderlähmung mit doppelseitigen Spasmen.

8. Tobler (Heidelberg): **Über Phosphaturie.** Untersuchung des Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsels bei 3 Kindern mit Phosphaturie und einem normalen Vergleichskind. Es fand sich, wie bei einem von Soetbeer untersuchten Fall von Phosphaturie, eine hochgradige Vermehrung der Kalkausscheidung durch den Urin. Derselben entspricht quantitativ eine Verminderung des Kalkgehaltes der Fäces. Vortr. schlägt vor, diese Fälle von Phosphaturie unter dem Namen Calcariurie von dem vagen Begriff der bisherigen Phosphaturie abzutrennen. Weitere Untersuchungen galten der Frage der Kalkretention, des Verhaltens der Calcariuriekranken bei Kalkzufuhr und Kalkabstinenz, dem Verhältnis des Kalkes zur Phosphorsäure usw. Therapeutisch empfiehlt Vortr. kalkarme Diät.

9. von Rosthorn (als Vorstand der Heidelberger geburtshilflichen Klinik) berichtet über eine förmlich epidemischen Charakter gewinnende Form von **Darmerkrankung bei neugeborenen Kindern**, welche durchweg **Brustnahrung** erhielten. Die häufige Kombination mit Affektionen der Haut und der hartnäckige Charakter derselben, der trotz unsäglicher Mühewaltung in der Pflege und selbst noch Desinfektion der Räume nicht weichen wollte, ließ einen infektiösen Ursprung erkennen. Die konsequent durchgeführte bakteriologische Untersuchung des Stuhls und das regelmäßige Kulturergebnis ließ eine Staphylomykose vermuten, die, ähnlich wie in den von Moro aus der Escherichschen Klinik publizierten Fällen, nur in viel geringerem Grade die Störungen herbeigeführt haben dürfte. Zum Schluß wird auf gewisse Analogien zwischen den Zeitperioden, in denen Puerperalfieberepidemien aufzutreten pflegen, und den hier beobachteten, die besonders auf Überfüllung, schlechte Lüftung der Räume und Ermüdung des Personals zurückgeführt werden müssen, hingewiesen und die Anregung zu einer großen Enquete gegeben, zu der sich Pädiater und Geburtshelfer vereinigen sollten, um die Regelung einer exakten Kinderpflege auf gesetzlichem Wege zu erreichen.

10. W. Hoffmann stellt vier zur Obduktion gekommene Fälle von **alkoholischer Lebercirrhose** im Kindesalter vor, im Alter von $1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$ und 11 Jahren. Die kleineren Kinder hatten bei Tisch von Erwachsenen Alkohol ad libitum bekommen, eines bis $\frac{1}{2}$ l Wein regelmäßig täglich, das ältere durch 5 Jahre ca. 2mal $\frac{1}{8}$ l Wein und außerdem Bier. Die Erkankung letzteres kam der Cirrhose der Erwachsenen nahe, die jüngeren zeigten eine grob granulierte Leber mit solcher Hypertrophie des rechten Leberlappens, daß dieser tumorartig imponierte: eine Pseudohypertrophie der erhaltenen Leberacini. Ausführliche Veröffentlichung folgt.

Die Vorträge der Herren Cahen-Brach, v. Mettenheimer, Lugenbühl mußten verschoben werden. Tobler.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 9. Mai 1904.

Seiffer demonstriert ein 17jähriges Mädchen mit **doppelseitiger Halsrippe** und ziemlich ausgesprochenen nervösen Symptomen. Die Kranke klagt, seit sie sich erinnern kann, etwa seit dem fünften Lebensjahre, über Kribbeln und Brennen an der Innenseite des rechten Oberarms. Allmählich nahmen diese Parästhesien, welche ursprünglich nur bis zum Ellenbogen reichten, an Ausdehnung zu und breiteten sich auf der Ulnarseite des rechten Vorderarms und der Hand bis zum Kleinfingerballen und zum 3.—5. Finger aus. Seit dem 15. Lebensjahre bemerkte Pat. einen Muskelschwund am rechten Daumenballen und eine mehr und mehr hervortretende Abnahme der Kraft bei feineren Handbewegungen. In den letzten Jahren gesellten sich zu den Parästhesien im rechten Arm auch zeitweilige Schmerzen in denselben Gebieten, besonders nach Anstrengungen, sowie — was besonders aufgefallen ist — Schmerzen in der linken Oberschlüsselbeingrube. Erbliche Belastung oder eine bestimmte Krankheitsursache war bisher nicht zu eruieren.

Die Untersuchung der Kranken ergibt nun eine starke Atrophie der Daumenballenmuskulatur und des Adductor pollicis, teilweise mit Entartungsreaktion, Schlaffheit der Kleinfingerballenmuskulatur, motorische Schwäche der Extensoren

und Flexoren am Vorderarm. Alle feineren Handbewegungen sind noch gut möglich; auch die Interossei funktionieren gut. Auf sensiblem Gebiet besteht aber eine anästhetische Zone für alle Empfindungsqualitäten, welche an der Innenseite des Arms von der Axilla bis etwas oberhalb des Handgelenks herabreicht.

Der genannte übrige Befund am Nervensystem ist normal. Außer einer mittleren Myopie bestehen keine Degenerationszeichen. Die sämtlichen aufgeführten Symptome betreffen nur den rechten Arm; am linken Arm besteht nicht die geringste Störung.

Vortr. erörtert, daß bei diesem Befunde in diagnostischer Hinsicht hauptsächlich eine Syringomyelie oder ein wurzelneurolitischer Prozeß in Frage komme, indessen wird die Diagnose ohne weiteres in anderer Richtung sichergestellt durch den Lokalbefund in der Oberschlüsselbeingrube und durch die Röntgophotographie. Es findet sich nämlich in der Oberschlüsselbeingrube eine knöcherne Resistenz, welche auf Druck 'sehr stark schmerzhaft ist. Auch spontan tritt beim Wenden des Kopfes nach links die Schmerzhaftigkeit ein. Dieser Schmerz strahlt nach den äußerst zuverlässigen Angaben der Pat. in die Ulnarseite des Arms aus.

Eine bisher nicht erörterte Symptomenreihe liegt auf dem Gebiete der Zirkulation: die rechte Hand ist meist kühler als die linke; bei tiefer Inspiration hört der rechte Radialpuls auf; ebenso wird er schwächer bezw. hört ganz auf bei Elevation des rechten Arms, sowie beim Seitwärtsneigen des Kopfes nach links. Pulsation der Art. subclavia ist nicht zu sehen.

Das Röntgenbild zeigt nun auf das deutlichste die Existenz einer doppelseitigen Halsrippe, links freilich nur in geringem Grade, wenn auch unverkennbar, rechts aber ziemlich stark ausgeprägt. Die rechte Halsrippe reicht offenbar mit ihrem vorderen Pol nach vorne bis in die Gegend der Art. subclavia, aber nicht bis zur ersten Rippe bezw. bis zum Sternum. Der schmerzhaft palpable Punkt in der Oberschlüsselbeingrube ist zweifellos der vordere Pol dieser Halsrippe, welche daselbst auf die benachbarten Plexusteile drückt.

Nach diesem Befund und nach dem ganzen Verlaufe kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die beschriebenen nervösen und zirkulatorischen Symptome auf die rechte Halsrippe zurüekzuführen sind; die linke Halsrippe dagegen ist zu wenig entwickelt, um krankhafte Störungen hervorzurufen. Und zwar läßt sich an dem anatomischen Situs der Oberschlüsselbeingrube sehr gut veranschaulichen, daß bei dem vorliegenden Befunde vor allen anderen die erste Dorsalwurzel vor ihrem Eintritt in den Plexus gefährdet ist. Tatsächlich entspricht auch die hier gefundene anästhetische Zone ziemlich genau dem Innervationsgebiet der ersten Dorsalwurzel, wie auch die hier hauptsächlich von der Atrophie betroffenen kleinen Handmuskeln (Thenar) vorzugsweise aus der ersten Dorsal-(und achten Zervikal-) wurzel ihre Innervation beziehen. Wie die zirkulatorischen Erscheinungen auf Kompression der Art. subclavia durch diese Halsrippe zurückzuführen sind, so beruhen die nervösen Störungen zweifellos auf einer Kompression oder Verdrängung der ersten Dorsal-, vielleicht auch der achten Zervikalwurzel.

Die praktische Bedeutung des Halsrippenbefundes liegt auf der Hand. Es besteht hier entschieden eine Indikation zum operativen Eingreifen. Dieser Eingriff wird demnächst stattfinden und über das hoffentlich günstige Resultat weiter berichtet werden.

T. Cohn hat einen ähnlichen Fall in der Poliklinik des Herrn E. Mendel beobachtet.

M. Rothmann: **Doppelseitige träge Reaktion lichtstarrer Pupillen bei Akkommodation und Konvergenz.**

Vor 1 Jahr berichtete Vortr. im Anschluß an die Publikationen von Strasburger, Sänger und Nonne „Über Kontraktur des Sphincter iridis lichtstarrer Pupillen bei Akkommodations- und Konvergenzreaktion (Neurol. Zentralbl., 1903, No. 6). Bei einem damals $12\frac{1}{2}$jährigen, hereditär nicht belasteten Mädchen war im Alter von 9 Jahren in einer Migräneattacke eine Lähmung des rechten Sphincter iridis aufgetreten, zuerst mit totaler Pupillenstarre, während später die Akkommodations- und Konvergenzreaktion wieder aufgetreten war bei Lichtstarre der Pupille. Es entwickelte sich nun der eigentümliche Zustand, daß die rechte Pupille, die allmählich wieder kleiner geworden war, bei Akkommodation und Konvergenz in den Zustand stärkster Verengerung bis zu 1 Minute verharrte, um dann in ca. $1\frac{1}{2}$ Minuten sich wieder zu erweitern. Bei Abschluß der Beobachtung war diese Erscheinung im Rückgang begriffen, die linke Pupille reagierte stets

völlig normal. Zur Erklärung wurde eine kleine Blutung in das Gebiet des rechten Sphinkterkerns mit sekundärer Kontraktur des Sphincter iridis herangezogen.

Vor 2 Monaten trat nun plötzlich bei dem jetzt beinahe 14jährigen Mädchen eine Erweiterung der linken Pupille mit völliger Lichtstarre auf bei erhaltener Akkommodation- und Konvergenzreaktion ohne irgendwelche Allgemeinerscheinungen. Es sind also jetzt beide Pupillen absolut lichtstarr, die linke ca. $2^{1}/_{2}$ mal so groß als die rechte. Beide verengern sich etwas träge bei Akkommodation und Konvergenz, die rechte stärker als die linke, verharren dann einige Sekunden in dem Zustand stärkster Verengerung und beginnen dann sich ganz langsam zu erweitern, um erst nach ca. 30—35 Sekunden die Ruhestellung wieder zu erreichen. Der Augenhintergrund ist normal; weder somatisch noch psychisch ist im übrigen die geringste Störung vorhanden.

Der höchst auffällige Befund gestattet bisher keine sichere Diagnose. Die Annahme von Blutungen in die Sphinkterkerne wird man nach dieser zweiten, der ersten beinahe ganz gleichenden Attacke, kaum aufrecht erhalten können. Für eine beginnende Paralyse fehlt jeder Anhaltspunkt. Die weitere Beobachtung wird hoffentlich Aufschluß darüber geben, welche Bedeutung dieser eigentümlich verlangsamten Reaktion lichtstarrer Pupillen bei Akkommodation und Konvergenz zukommt.

Berliner otologische Gesellschaft.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 9. Februar 1904.

Friedmann stellt ein 9jähriges Mädchen mit **beiderseitigem objektivem Ohrgeräusch** von knackendem, knipsendem Charakter vor. Das Kind hat es nach einer Rückenmarkshautentzündung, die im Anschluß an eine Perityphlitis aufgetreten war, zum ersten Male bemerkt. Man hört das Geräusch bis auf eine Entfernung von 6—10 cm vom Ohr des Kindes. Das Trommelfell zeigt keine Veränderungen, noch sind manometrische Druckschwankungen im äußeren Gehörgange nachweisbar; dagegen sind deutliche zuckende Bewegungen am Gaumensegel zu beobachten. Postrhinoskopische oder laryngologische Untersuchung konnte bei dem sehr nervösen Kind nicht vorgenommen werden. Die Herztöne sind rein, ungefähr 100 Pulse in der Minute. Daß es sich um ein Gefäßgeräusch handle, war auszuschließen, da es nicht synchron mit dem Pulse auftrat, sondern seine Art charakterisierte es als ein durch krampfhafte Kontraktion des Tensor veli palatini hervorgerufenes.

Diskussion: Dennert erwähnt eine ähnliche Beobachtung bei einem kleinen Mädchen, wo die Geräusche sich nach 3 Wochen verloren.

Friedmann hat bei seiner Pat. die Geräusche bereits 6 Monate lang beobachtet. Neben der Luftdusche habe er Roborantien verordnet, anderen therapeutischen Maßnahmen war das Kind nicht zugängig.

Grossmann: **Über Sinusphlebitis tuberculosa.** Ein $5^{1}/_{2}$jähriges Mädchen mit rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung wurde somnolent, fiebernd mit leichter Nackensteifigkeit eingeliefert. Bei der sofortigen Operation des seit 14 Tagen hustenden Kindes zeigte sich der Sinus von einer gelbweißen schmierigen Masse umgeben und 1 cm oberhalb des Knies eine erbsengroße Fistel, die bulbuswärts führte. Auch der Abschnitt des Sinus von der Fistel bis zum Bulbus enthielt käsige Massen. Am oberen Rande der Perforation war die äußere der inneren Sinuswand adhärent, darüber der Sinus prall gefüllt. Die Operation brachte keine Besserung; die danach vorgenommene Lumbalpunktion entleerte klaren, unter hohem Druck stehenden Liquor cerebrospinalis, in dem sich neben Eiterkörperchen vereinzelte Tuberkelbazillen fanden. Exitus 5 Tage post operationem. Sektion: Arachnitis tuberculosa, kleiner Solitärtuberkel im Pons und Miliartuberkulose; an der linken Lungenspitze eingezogene Narbe und erbsengroße mit kalkigen Massen gefüllte Hohlräume. Das Sinuslumen und das Emissarium mast. war mit hellgelber, trockener, käsiger Masse gefüllt, die im Zentrum erweicht war. Dieselbe

Masse erfüllte den Querblutleiter bis zum Torkular, wo sie in einen dunkelroten Thrombus überging, der direkt am Konfluenz endete. Die V. jugularis war leer. Die mikroskopische Untersuchung des thrombosierten Sinus ergab, daß das Lumen aus 3 Abteilungen besteht, bedingt durch 2 Septen, deren kleinerer nur durch Granulationsgewebe gebildet wird, während der größere, wenigstens in den beiden peripheren Dritteln, eine zentral liegende Bindegewebsschicht aufweist, die sich von dem mittleren Abschnitt der Sinuswand her hineinerstreckt. Die äußeren Schichten sind nur etwas kernreicher als die in der Norm, die Sinusintima ganz in Granulationsgewebe umgewandelt, das epitheloide Zellen, Langhanssche Riesenzellen in beginnender Verkäsung zeigt. Tuberkelbazillen fanden sich nur spärlich in den Riesenzellen. Der Fall ist beachtenswert als Beitrag zur Entstehung der Tuberkulose der großen Gefäße, mithin auch der Miliartuberkulose, weil man hier einen schon intra vitam durch die Operation erhobenen Befund nach klinischer Beobachtung durch die Sektion kontrollieren konnte. Bisher sind erst 4 Fälle von Sinustuberkulose beschrieben von Hartmann, Piffl, Kossel und Barnick. Dabei sind gerade beim Processus mastoideus die Bedingungen für den Einbruch der Tuberkulose in die großen Gefäße, wie sie Benda formuliert, in bester Form gegeben, da der Blutdruck im Sinus nur gering ist, ferner der Infektionsherd nach außen von einer starren knöchernen Kapsel umgeben und drittens sind parietale Thromben, ohne die es nach Benda zu einer Blutung kommen müßte, gerade am Sinus nichts Seltenes. Der Fall beweist ferner die Richtigkeit der Ansicht Weigerts, daß die Miliartuberkulose durch Einbruch eines extravasculären Herdes nach innen entstanden ist und daß die Intima nicht nur zunächst, sondern auch noch nach erfolgtem Durchbruch spezifisch miterkranken kann.

Diskussion: Hirschfeld fragt an, ob Grossmann die Übergangsstelle vom käsigen in den roten Thrombus untersucht habe, um festzustellen, ob der käsige Thrombus der primäre gewesen sei.

Schwabach weist auf die Seltenheit des Überganges tuberkulöser Mittelohrerkrankungen auf den Sinus wie auch die Pia hin; er fand in einem Falle bei ausgedehnter Karies am Tegmen im Sulcus transversus Pia und Sinus frei, dagegen an der Dura schwartige Verdickung gleichsam als Schutzwall.

Grossmann (Schlußwort) erwidert, daß er die Untersuchung an der Übergangsstelle des Thrombus für überflüssig gehalten habe, da doch wohl anzunehmen sei, daß die Gerinnung des Blutes der Verkäsung vorausgegangen ist.

Unterelsässischer Ärzteverein.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 2. Juli 1904.

Levi berichtet über **Paraphimose.** Ein 7jähriger Knabe hatte sich einen eisernen Ring über den Penis gestülpt und konnte ihn nicht zurückbringen. Nach 24stündiger Urinverhaltung und nachdem eine kolossale Schwellung der Eichel aufgetreten war, wurde der Ring durchgefeilt und das Glied befreit.

Hänisch: **Demonstration behandelter Brandnarbenkontrakturen der Achsel.**

H. erwähnt, daß die Narben meist bei Kindern zu finden sind, infolge von Kleiderbränden; bei der zarten Haut der Achselhöhle sind die Brandwunden sehr tief, die Kranken kommen erst spät in Behandlung der Chirurgen, mit großen Verwachsungen des Oberarms mit dem Thorax, Narbenkontrakturen, Bewegungshinderung, Inaktivitätsatrophie der Schulter und des Oberarms, und später Atrophie der Gelenkenden.

H. stellt zwei solche Fälle vor, die mit ausgedehnten Verwachsungen des Oberarms mit dem Thorax die Madelungsche Klinik aufgesucht. Madelung behandelt die Kinder wie folgt: Auf dem Rücken der Kindes wird durch einen Schnitt, der von der Achsel zunächst 6—8 cm horizontal gegen die Wirbelsäule zu, dann bogenförmig nach abwärts unter der verwachsenen Stelle durch über die vordere Verwachsungsstelle bis an die vordere Achsel verläuft, ein Rückenhautlappen abpräpariert, der Arm gelöst und nun die Armwunde mit dem

Lappen bedeckt, während die Thoraxwunde mit Transplantation geschlossen wird. Die Fälle heilen im allgemeinen gut aus, mit befriedigender Bewegungsfähigkeit, die durch Massage und Gymnastik noch gesteigert wird. Störend kann wirken, wenn bei Bewegung der vordere Rand der Skapula die Transplantationen verschiebt.

Manasse: a) demonstriert einen **Fremdkörper**: ein Kleiderhäkchen, das ein Knabe von 6 Monaten angeblich verschluckt, aber das im Larynx, in der Gegend der rechten Morgagnischen Tasche liegen geblieben war und als inziges Symptom Heiserkeit verursacht hatte. Extraktion gelegentlich einer Sondenuntersuchung.

b) **3 Fälle von geheiltem Kleinhirnabszeß.**

1. P., 16 Jahre, im Dezember 1900 Operation eines extraduralen Abszesses, kommt nach 4 Monaten mit den Erscheinungen eines Hirnabszesses wieder. Papillitis links. Wiedereröffnung der alten Wunde, mittlere Schädelgrube sowie die Gegend der alten Wunde ist vollkommen frei. Probepunktion in das Kleinhirn ergibt Eiter. Verlängerung der Knochenwunde, Spaltung der Dura, Eröffnung des Abszesses, Jodoformgazedrainage, glatte Heilung.

2. P., 2 Jahre, Juni 1901 Radikaloperation eines verjauchten Cholesteatom des Felsenbeins, damals war bereits eine Fistel, die zur mittleren Schädelgrube führte, konstatiert und ein Hirnabszeß vermutet; nach 14 Tagen traten Erscheinungen von Hirnabszeß auf, Papillengrenzen verwaschen, Blutungen in die Papille. Auch hier Verlängerung der Knochenwunde, Spaltung der Dura und Eröffnung des Abszesses im Kleinhirn, die sichere Diagnose auch hier erst bei der Operation.

3. 16jähriger Junge hatte vor $1\frac{1}{2}$ Jahren eine Perityphlitis mit eitriger Peritonitis durchgemacht. Dann nach Influenza ein extraduraler Abszeß links gespalten. Glatte Heilung. Nach 4 Monaten akuter Mittelohrkatarrh rechts. Dieser heilte bald ab, dann hohes Fieber bis 39,8, Pulsverlangsamung bis 48 Pulse, Papille war anfangs frei, später trat Erbrechen auf, dann Nackensteifigkeit, der Kopf befand sich in einer Zwangslage nach rechts gedreht, später traten dazu Somnolenz, Schwindelgefühl, Sturzbewegung nach rechts, sehr heftige Kopfschmerzen im rechten Hinterkopf, schließlich auch Stauungspapille. Die Diagnose lautete auf Kleinhirnabszeß rechts. Operation: Da bei dem gewöhnlichen Schnitt sich Felsenbein und Okziput sicher frei erwiesen, wurde im spitzen Winkel ein Schnitt nach hinten unten aufgesetzt. Der Schädel ist an dieser Stelle sehr dünn. Die Dura erwies sich frei. Erst die dritte Probepunktion, und zwar nach oben, ergab Eiter. M. ließ die Kanüle in dem anscheinend kleinen Abszeß stecken, spaltet Dura und Pia und inzidiert an der Kanüle den tief liegenden Abszeß, aus dem sich ein Eßlöffel frischen, nicht riechenden Eiters entleerte! Jodoformgazedrainage. Bereits nach 3 Stunden waren die Erscheinungen erheblich zurückgegangen, Kopfweh, die Zwangslage, Bewußtlosigkeit waren gehoben, Puls 80. Nach 4 Wochen war auch die Stauungspapille fort. Sehr glatte Heilung. M. neigt zu der Ansicht, daß es sich um einen metastatischen Hirnabszeß infolge des linksseitigen Mittelohrkatarrhs handelte.

Von den 3 Fällen waren nur in dem letzten bestimmte Herdsymptome: Kopfschmerz an bestimmter Stelle, Sturzbewegung, Zwangslage und Schwindel vorhanden, in allen übrigen Fällen waren nur allgemeine Symptome von Hirnabszeß vorhanden, darum war die Diagnose auch erst bei der Operation möglich.

IV. Therapeutische Notizen.

Einen selbstleuchtenden Zungenspatel empfiehlt Dr. Axmann (Erfurt). Das äußerst einfache und den Anforderungen der Asepsis entsprechende Instrument wird hergestellt von der Glasfabrik Fr. R. Kirchner (Erfurt-Ilversgehofen). Aus Milchglas in entsprechender Biegung gefertigt, trägt der Spatel an der Spitze ein Fenster von lichtdurchlässigem Glas. Hinter letzterem befindet sich eine kleine Glühlampe, welche, an der Leitungsschnur hängend, einfach in den hohlen Spatel hineingesteckt wird. Eine kurze, federnde Metallfassung an der Griffseite des Instrumentes hält diese. Zur Desinfektion wird einfach alles aus dem Spatel herausgenommen. Der ganze Apparat wiegt mit Element nebst kleinem Etui, in der



Tasche zu tragen, ca. 500 g und ist viel wohlfeiler als ähnliche Instrumente. Die Beleuchtung des Rachens ist eine ausgezeichnete, man kann z. B. sehr schön in die Lacunae tonsill. hineinsehen usw.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 28.)

Protylin (Roche) hat Dr. Fr. Dorn (Berlin) bei Skrofulose und Rachitis mit bestem Erfolge angewandt und konnte sich bei zahlreichen Fällen dieser Art von dem großen Werte dieses neuen Phosphoreiweißpräparates überzeugen, das ungiftig, gut verträglich und von prompter Wirksamkeit ist.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1904. No. 12.)

Protylin hat auch Dr. M. Bürger als höchst wertvolles Nähr- und Heilmittel schätzen gelernt und besonders vorzügliche Wirkung bei Rachitis beobachtet, wo das Präparat sich geradezu als Spezifikum dokumentierte.

(Therap. Monatshefte. Juni 1904.)

Aristochin bei Pertussis hat Dr. A. Bargebuhr (Hamburg) bei 31 Fällen (Kinder von 3 Monaten bis zu 6 Jahren) angewandt, ohne irgend eine nachteilige Wirkung wahrzunehmen. Das Mittel wurde dem Getränk beigemischt oder mit Sacch. āā stets gern genommen. Es wurden meist 2—3 mal täglich als Einzelgabe soviel Dezigramm gegeben, wie das Kind Lebensjahre zählte; bei ausbleibendem Erfolg ging B. um 1—2 dg vorübergehend hinauf, bei schneller Wirkung um ebensoviel herunter. Von Dosen unter 0,1 g sah B. keinerlei Effekt. Aristochin wurde wenige Tage bis mehrere Wochen lang gegeben. Gewöhnlich setzte B. nach 3—4 Tage lang völlig ausgebliebener Wirkung das Mittel als unwirksam aus. Bei der größten Mehrzahl der Fälle (26) wurden aber durch Aristochin Zahl und Intensität der Anfälle in oft recht kurzer Zeit ganz erheblich gemindert, etwa vorhandene Konvulsionen verschwanden, das häufig bestehende Fieber hörte nach wenigen Dosen auf, bei einzelnen Fällen schien die Krankheit sogar völlig und dauernd behoben. Das Mittel besitzt die guten Eigenschaften des Chinin, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen hervorzurufen.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 27.)

Die Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin empfiehlt Dr. N. Swoboda (Kinderabteilung der Wiener allgem. Poliklinik). Das Präparat (Valentiner & Schwarz, Leipzig-Plagwitz), in Zinntuben als Salbe in den Handel kommend und aus 5 Teilen Difluordiphenyl, 10 Teilen Vaselin und 85 Teilen Wollfett bestehend, wird folgendermaßen angewandt: „Hals, Brust und der Rücken zwischen den Schulterblättern werden vor der Behandlung mit Antitussin mit warmem Seifenschaum abgewaschen und mit Frottiertuch wieder trocken gerieben. Darauf wird eine wenigstens bohnengroße Portion der Salbe auf die so präparierten Stellen verteilt und mit flacher Hand sehr energisch in die Haut hineingerieben. Das Hineinreiben der Salbe hat nach Art der Massage zu erfolgen und ist so lange fortzusetzen, bis das Verschwinden der Salbe an der Hand fühlbar ist.“ So wurden 15 Fälle von Pertussis behandelt, und zwar mit recht ermutigendem Erfolge, dann noch einige Kinder, welche an häufigen, qualvollen Hustenanfällen (infolge diffuser Bronchitis und tuberkulösen Katarrhs) litten; auch hier mehrfach Besserung durch die Antitussinbehandlung in bezug auf leichtere Expektoration und Herabsetzung des Hustenreizes. In keinem Falle üble Nebenwirkungen, daher ein Versuch mit dem unschädlichen, bequem anzuwendenden Mittel durchaus angebracht.

(Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 23.)

Styrakol, eine Verbindung von Zimmtsäure und Guajakol, als inneres Desinfiziens und Antidiarrhoicum empfiehlt Dr. H. Engels (Berlin). Das Präparat (Knoll & Co.) ist geruch- und geschmacklos, in Wasser und verdünnten Säuren so gut wie unlöslich, passiert daher den Magen unzersetzt und entfaltet hier keine schädigende Wirkung; im Darmkanal wird es schon innerhalb der ersten 24 Stunden nahezu vollkommen resorbiert und in seiner gesamten Menge im ganzen Darmkanal zur Entfaltung seiner Wirkung gebracht. Diese Eigenschaften ließen das Präparat für die Behandlung von Durchfällen a priori sehr geeignet erscheinen. Tatsächlich fand E. auch in fast allen Fällen die Peristaltik herabgesetzt; die dem Guajakol eigentümliche anästhesierende Wirkung zeigte sich darin, das Koliken und Tenesmen sehr bald nachließen; vorher schreiende Kinder wurden ruhig; die Häufigkeit der Entleerungen, die Hypersekretion und katarrhalische Exsudation wurden vermindert, der faulige Geruch der Fäces verlor sich, letztere dickten ein und wurden spärlicher, Appetit und Kräfte hoben sich. Als zweckmäßige Dosierung ergaben



sich bei Säuglingen 4malige Dosen von 0,25, bei älteren Kindern 3malige von 0,5; nach Beseitigung der Erscheinungen noch mehrere Tage kleinere Dosen. So wurden zahlreiche Fälle von einfacher Enteritis catarrh. acuta bei Säuglingen und älteren Kindern behandelt, und zwar mit bestem Erfolg; auch bei mehr subakuten Fällen war die Wirkung eine prompte, nicht minder war ein günstiger Einfluß bei chronischen Katarrhen (tuberkulösen) zu konstatieren.

(Die Therapie der Gegenwart. August 1904.)

Tannigen bei Diarrhöen der Kinder empfiehlt warm Oberarzt Dr. W. Siebold (Petersburg). Er wandte das Präparat bei 42 Fällen an mit nur einem Mißerfolg. Besonders zuverlässig, geradezu spezifisch wirkt das Mittel bei den Sommerdiarrhöen der Säuglinge. Aber auch bei chronischen Durchfällen waren die Resultate zufriedenstellende. (Allgem. med. Central-Ztg. 1904. No. 30.)

Einen Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Sanatogens liefert Dr. M. Benaroya. Er zeigt an Beispielen die prompte Wirksamkeit des Präparates und gibt zum Schluß die Indikationen für die Anwendung an.

Das Sanatogeu ist indiziert:

1. Bei der Ernährung rachitischer Kinder wegen der Begünstigung der Kalksalze aufnahme.

2. Bei der Ernährung von Säuglingen, die aus irgendwelchen Gründen der natürlichen Ernährungsweise mit Muttermilch nicht teilhaftig werden können.

3. Bei allen mit einem gesteigerten Zerfall von Körpersubstanz einhergehenden Erkrankungen wegen des dadurch schnell zu erzielenden N-Ansatzes.

4. Bei fast allen Digestionsstörungen unabhängig von der Natur der Krankheit wegen seiner leichten Assimilierbarkeit, Reizlosigkeit und günstigen Beeinflussung der Appetenz.

5. Bei der Behandlung fast sämtlicher Nervenkrankheiten wegen seiner neurotonisierenden Eigenschaft. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1904. No. 15.)

Bioferrin in der Kinderpraxis empfiehlt Prof. Siegert (Halle), da es sich seit Jahresfrist ihm in zahlreichen Fällen bewährt hat. Das Präparat wurde auf seine Veranlassung und nach Angaben von Cloetta (Zürich) hergestellt (Kalle & Co., Biebrich) und zeichnet sich vor anderen Hämoglobinpräparaten durch hohen Hämoglobingehalt, Haltbarkeit, Freiheit von pathogenen Bakterien, sowie durch die Darstellung nach einem streng wissenschaftlich begründeten Verfahren aus. Die Anwendung des Präparates stieß wegen des angenehmen Geruchs und Geschmacks auf keinen Widerstand, und es steigerte den Hämoglobingehalt in sehr zahlreichen Versuchen ausnahmslos bei Anämien der verschiedensten Ursachen. Versuche bei Erwachsenen und besonders zahlreiche bei Kindern ergaben schon nach 2—3 Wochen deutliche, oft sehr erhebliche Steigerung des Hämoglobins, der eine rasche Zunahme des Appetits und ein subjektives Gefühl der Kräftezunahme vorausging. Selbst eine schwerste Anämie nach multiplen Magengeschwüren, die jeder Eisenmedikation seit Monaten getrotzt hatte, zeigte raschesten Erfolg bei Bioferrin. Die Dosis beträgt für Säuglinge 1—2mal 5 g, für ältere Kinder 10—15 g, für Erwachsene 15—30 g pro die. Bioferrin kann verdünnt mit kalter und warmer Milch, Wasser usw. wie unverdünnt genommen werden, am besten zu Beginn der Hauptmahlzeiten. In der Kinderpraxis ist es bei ausschließlich mit Milch ernährten Säuglingen vom zehnten Monat an, ferner bei allen Rachitikern, Skrofulösen und aus irgendwelcher Ursache anämischer Kindern indiziert, auch bei appetitlosen und nervösen. Neben dem Eisen enthält es alle Fermente, Alexine, kurz, alle wirksamen Bestandteile des Blutes.

(Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 27.)

Laktagol ist schon oft als prompt wirkendes Laktagogum empfohlen worden. Jetzt gesellt sich den Lobrednern auch Dr. J. Arnold Goldmann hinzu, der das Präparat öfters zu erproben Gelegenheit hatte und stets damit die versiegende Milchsekretion wieder kräftig zur Entwicklung bringen konnte.

(Therap. Monatshefte. Juli 1904.)

Liquor sanguinalis „Krewel“ hat Dr. J. Winterberg (k. k. allgemeines Krankenhaus Wien) bei 42 Fällen von Chlorose und sekundären Anämien (bei Ulcus ventriculi, in der Rekonvaleszenz nach schweren Infektionskrankheiten, beginnender Spitzentuberkulose, Nephritis, Rachitis und Skrofulose usw.) mit recht günstigem Erfolge angewandt; sehr bald besserte sich zunächst der Appetit, dann der Blutbefund und Kräftezustand der Patienten. (Wiener med. Presse. 1904. No. 25.)

Anthrasol, den neuen farblosen Teer der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen, hat Dr. Sklarek (Hannover) mit bestem Erfolge beim chron. Ekzem angewandt. Hervorragend erwies sich auch die juckstillende Wirkung des Präparates, die sich z. B. beim Pruritus schon in wenigen Tagen prompt geltend machte. Benutzt wurde meist eine $5^0/_0$ige Anthrasolzinkpaste. Diese bewährte sich z. B. auch bei einem 14 Jahre alten Knaben mit stark juckendem universellen lichenoiden Exanthem bestens. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 25.)

Formaminttabletten, hergestellt von der Firma Lüthi & Buhtz (Berlin W.), empfiehlt J. Jacobson. Diese als Ersatz für Gurgelwässer dienenden Tabletten enthalten locker gebundenes Formaldehyd (0,01 g pro Tablette), welches beim langsamen Zergehen im Munde frei wird und seine desinfizierende Wirkung auf die Rachengebilde ausüben kann, z. B. bei Angina, Pharyngitis, Diphtherie usw. Besonders für die Kinderpraxis erscheinen diese Tabletten von Vorteil, da sie von den Kindern ihres Fruchtbonbon ähnlichen Geschmackes wegen gern genommen werden. Man läßt bei Erkrankungen 2—3stündlich 1 Tablette langsam im Munde zergehen; auch die prophylaktische Anwendung (2—3 Stück pro die) ist zu empfehlen. (Therap. Monatshefte. August 1904.)

Ferratin und Ferratose hat Dr. R. Hoffer (Budapest) mit glänzendem Erfolg seit Jahren bei Chlorose, sekundären Anämien, Schwächezuständen usw. angewandt, und zwar bei Erwachsenen und Kindern. So waren bei Kindern, welche nach schweren Infektionskrankheiten und anderen schwächenden Affektionen an ihrem Gesamtbefinden, ihrer Ernährung, ihrem Körpergewicht schwere Einbuße erlitten hatten, in bezug auf Körpergewicht und Blutzusammensetzung sehr erfreuliche Resultate erzielt, ebenso bei skrofulösen und rachitischen Kindern usw. Ferratose ist ein wohlschmeckendes Präparat, und auch Ferratinschokoladepillen (mit 0,1—0,2 Ferratin) wurden gern genommen. H. gab, je nach Alter, Größe, Toleranz 2—5 Stück täglich, wobei die Kinder rasch Appetit bekamen, an Gewicht zunahmen, überhaupt allmählich gesundeten. (Wiener med. Presse. 1904. No. 33.)

V. Neue Bücher.

E. Aufrecht. **Über die Lungenschwindsucht.** Magdeburg 1904, Hagersche Buchdruckerei. Preis Mk. 0.50.

Diedr. Kulenkampff, J. Stoevesand, Tjaden. **Der Kampf gegen die Tuberkulose in Bremen.** Bremen 1904. Verlag von G. Winter. Preis Mk. 1.

M. Salomon. **Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung durch Verhütungsmaßnahmen.** Berlin 1904. Verlag von S. Karger. Preis Mk. 1.

Die Tuberkulosebewegung der neuesten Zeit hat zur Folge gehabt, daß sich eine große Anzahl von Autoren mit diesem Thema beschäftigten, berufene und nicht berufene. Viel Minderwertiges ist publiziert worden, aber auch vieles, was unserer vollen Beachtung wert ist und verdient gelesen zu werden. Zur letzteren Kategorie gehören obengenannte drei Schriftchen. Aufrecht hat eine eigne Auffassung von der Entstehungsweise der Tuberkulose sich gebildet und stützt sich dabei auf seine langjährigen Erfahrungen. Für den Pädiater bieten seine Auseinandersetzungen besonders viel Interessantes. Auch das Buch der drei Bremer Autoren, von denen der eine Vorsitzender des Gesundheitsrates, der andere Direktor der Städt. Krankenanstalt, der dritte Direktor des Hygienischen Institutes sind, im Auftrage des dortigen ärztlichen Vereins herausgegeben, ist inhaltreich und sehr lesenswert. Es werden sieben im dortigen Verein von den Herausgebern und anderen Bremer Ärzten gehaltene Vorträge reproduziert, welche u. a. „das Wesen der Tuberkulose", „die Entstehungsweise der Tuberkulose", „die Diagnose der Tuberkulose", „Familien- und Krankenhauspflege der Tuberkulösen", die „Heilstättenbewegung", „Anzeige- und Desinfektionspflicht" zum Inhalt haben. Das Salomonsche Werkchen, von der „Hufelandischen Gesellschaft" preisgekrönt, enthält ebenfalls auf kleinem Raum eine Fülle anregender und interessanter Lektüre. Die Bedeutung der Tuberkulose für die Volkswohlfahrt, ihr Wesen, ihre Entstehungsursachen und Verbreitungsmöglichkeiten werden besprochen, sodann ein-

gehend die Mittel und Wege zu ihrer Verhütung und Bekämpfung erörtert, wobei die verschiedensten Fragen der allgemeinen und individuellen Prophylaxe zur Sprache kommen und zum Schluß den Kinderheilstätten an den Seeküsten ein Loblied gesungen wird, denen die Hauptaufgabe einer zielbewußten Tuberkulosebekämpfung zufällt. Grätzer.

L. Knapp. **Der Scheintod der Neugeborenen.** Wien und Leipzig 1904. W. Braumüller. Preis Mk. 4.

Nachdem K. vor 6 Jahren den ersten Teil (den „geschichtlichen") seiner Monographie herausgegeben, veröffentlicht er jetzt als zweiten Abschnitt den „klinischen" Teil. Es ist eine äußerst gediegene und fleißige Arbeit, keine Eintagsfliege, sondern ein Buch von dauerndem Werte. Physiologie, Pathologie, Ätiologie, Statistik, Diagnose, Symptomatologie, unmittelbare und spätere Folgen, Prognose, Prophylaxe, Behandlung, über alles gibt die Arbeit genaue Auskunft und bringt die Literatur über jedes Kapitel, so daß genaueste Orientierung ermöglicht wird. Das Buch kann warm empfohlen werden. Grätzer.

Neue Dissertationen.

H. Basten, Das Kephalhaematoma externum beim Neugeborenen, insbesondere seine Ätiologie (Gießen). — **F. Beck**, Ätiologie und Therapie des Kephalhaematoma neonatorum. Ergebnisse aus einer Zusammenstellung von 102 Fällen (München). — **O. Bergmann**, Über Kombination von Blatternschutzimpfung, Masern und multipler embolischer Gangrän der Haut und Schleimhäute (Würzburg). — **R. Brade**, Gelenkerkrankungen bei Skarlatina (Leipzig). — **P. Butzke**, Zur pathologischen Anatomie der Möller-Barlowschen Krankheit (Leipzig). — **S. Dege**, Über Wolfsrachen (Jena). — **G. Finsterwalder**, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Tuberkulose im Säuglings- und frühesten Kindesalter (München). — **P. Freyer**, Über generalisierte Vakzine (Kiel). — **W. Fromm**, Beitrag zur Kasuistik der kongenitalen Knorpelreste am Halse (München). — **R. Gehlhausen**, Vakzineerkrankungen des Auges (Leipzig). — **A. Gehring**, Ein seltener Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie mit mangelhafter Entwicklung der Ganglien der motorischen Sphäre (Würzburg). — **P. Gerhards**, Über psychische Störungen bei Chorea minor; Bericht über einen Fall von Chorea minor mit Psychose, Endokarditis, Gelenkrheumatismus, Nachweis von Staphylococcus pyogenes albus im Blut (Kiel). — **O. Hähle**, Über die Entstehung und Behandlung des Genu valgum in der Wachstumsperiode (Leipzig). — **F. Hegemann**, Erfahrungen über das Laktagol in der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen (Gießen). — **J. Hoffmann**, Ein Beitrag zu den angeborenen Sakralgeschwülsten (Leipzig). — **H. Kallhardt**, Beiträge zum Durchbruch der bleibenden Zähne (München). — **A. Kandetzky**, Über Hirngewebswucherungen bei Hydrocephalus (Würzburg). — **Th. Kersting**, Beitrag zur Behandlung des Caput obstipum (Göttingen). — **G. Kilb**, Geteilter und nicht geteilter Unterricht und Beginn der Schule (Straßburg). — **J. Kühnlein**, Über Syphilis hereditaria (Königsberg). — **A. Mann**, Mitteilungen über das Stillgeschäft aus der Universitäts-Frauenklinik zu Straßburg i. E. (Straßburg). — **J. Pick**, Über Nierenentzündung im Säuglingsalter als Komplikation von Darmerkrankungen (Berlin). — **C. Seidel**, Zwei Fälle von kongenitalem Defekt der Vorhofsscheidenwand (Leipzig). — **A. Seligsohn**, Über kongenitale Erkrankungen des rechten Herzens (Rostock). — **F. Solmersitz**, Zur pathologischen Anatomie der Huntingtonsche Chorea (Königsberg). — **J. Späther**, Die angeborenen Stenosen und Atresien des Darmes (Bonn). — **L. Stein**, Über angeborene Anomalien in der Kreuzsteißbeingegend (Königsberg). — **R. Tetzner**, Zur Kasuistik der traumatischen Jacksonschen Epilepsie mit Schädellückenbildung nach einfacher Schädelfraktur im Kindesalter (Leipzig). — **A. Wirtz**, Beitrag zur Klinik der Wachstumsstörungen insbesondere der chondrodystrophischen Mikromelie (Gießen). — **W. Wolthaus**, Über die operative Behandlung der Cataracta congenita und ihre Prognose (Freiburg i. B.). — **E. Zahn**, Über die hereditären Verhältnisse bei Buphthalmus (Tübingen).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. November 1904. No. 11.

I. Originalbeiträge.

Einige Erfahrungen über das Phytin als Antirhachiticum und als Mittel gegen Psychasthenie.

Von

S.-R. Dr. **Fürst** (Berlin).

Mit dem aus Pflanzensamen usw. isolierten organischen Phosphor, welcher der Kürze wegen den Namen „Phytin“ erhalten hat, ist für die Pädiatrie ein höchst wertvolles Präparat[1]) geschaffen worden, das in einer Reihe geeigneter Fälle zu versuchen ich für meine Pflicht hielt. Da mich, wie ich gleich voranschicken will, die Versuche in hohem Grade befriedigten, so möchte ich nicht zögern, kurz darüber zu berichten, um diejenigen Fachgenossen, welche sich mit Kinderkrankheiten beschäftigen, zu gleicher therapeutischer Verwendung dieses „vegetabilen Phosphors“ anzuregen. Ich glaube, eine Nachprüfung wird bestätigen, daß wir es hier mit einer sehr nützlichen Bereicherung des Arzneischatzes zu tun haben.

Zunächst einige pharmakologische Vorbemerkungen. Ein großer Vorrat an Nährstoffen, in erster Linie für den pflanzlichen Embryo, sodann aber auch für die Tierwelt, liegt in den Samen, Knollen und Wurzeln vieler Pflanzen aufgespeichert. Dieser riesige Schatz an Nährmaterial, der ja jedem Hygieniker und Landwirt wohlbekannt ist, blieb trotzdem für die Therapie bisher ungehoben. Erst der Neuzeit und ihrer vorgeschrittenen Technik, speziell der angewandten Chemie war es vorbehalten, diese unbenutzt schlummernden Vorräte zu einem Heilmittel auszugestalten, das, wie man nicht zweifeln kann, eine glänzende Zukunft haben, für manche Behandlungsmethoden sogar reformierend wirken wird. Den größten Nutzen dürfte vielleicht die Kinderheilkunde haben, weil sie sich bisher vergeblich abmüht, die schwer oder gar nicht assimilierbaren Salze des Kalkphosphats, die Glycero- und Hypophosphate in den Fällen, welche unbedingt eine reichlichere Zufuhr von Phosphorsalzen verlangen, mit wirklichem Erfolg zu verwenden. Diese Mineralsalze, die man meist in den Ausscheidungen wiederfindet, dürfen wohl mit Recht als Auswurfsstoffe, als Endprodukte des Stoffwechsels bezeichnet werden, die nicht geeignet sind, dem Organismus neue Phosphorverbindungen, welche dem Gewebe und den Zellen zugute kommen, zu liefern.

[1]) Hergestellt von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Das Phytin findet sich — man kann sagen — überall. Es läßt sich sowohl aus den Samen der Leguminosen wie aus dem der heimischen Cerealien, ferner aus dem des Hanfes, der Sonnenblume, der Rübsamen, der Lupine und des Mais, aber auch aus Knollengewächsen (Kartoffel) und Rhizomen (gelbe Rübe) gewinnen, kurz, es ist ubiquitär und so allgemein verbreitet, daß an dem Grundmaterial kein Mangel ist. Aus diesem fast universellen Reservestoff der Pflanzenembryonen (Hauptreservestoffbehälter der grünen Pflanze) gelang es, 70—91,5 % seines Phosphorgehalts als Phytin zu isolieren, in welchem sich nach den interessanten Untersuchungen Posternaks, der das neue Phosphorprinzip zuerst aus Pflanzensamen rein hergestellt und chemisch definiert hat, 0,2—1,3 % Phosphor befinden oder 1,1—6,7 % Phosphor in Form von Lecithin. Aus dieser Grundsubstanz wird nun ein Kalk-Magnesium-Doppelsalz hergestellt, das in der Therapie verwendbare Phytin, welches nicht weniger als 22,8 % organischen Phosphor enthält. Das neutrale Natronsalz, mit Milchzucker gemengt (Fortossan genannt), welches sich besonders gut als Zusatz zur Milch eignet, scheint die beste Form zu sein, um das Präparat im zartesten Kindesalter, bis zu 2 Jahren, zu verordnen. Der erwähnte Phosphorgehalt ist schon an sich eine enormer, wird aber von noch größerer arzneilicher und diätetischer Bedeutung für das Kind, weil diese vegetabile Phosphorverbindungen völlig assimilierbar sowie ungiftig sind und ohne alle störenden Nebenwirkungen, insbesondere gastrischer Natur, von dem kindlichen Gastrointestinaltraktus gut vertragen werden. Ich habe dies mit um so größerer Genugtuung konstatieren können, als der mineralische Phosphor leider nur zu oft Widerwillen, Aufstoßen, Übelkeit, Druck in der Magengegend und — last not least — Dyspepsie bewirkt. Gerade in letzterer Hinsicht weicht das Phytin vorteilhaft ab, da es im Gegenteil den Appetit steigert.

Dieser organisch gebundene Phosphor entsteht in den Pflanzensamen usw., wie den oben erwähnten Versuchen Posternaks zu entnehmen ist, während der Reduktion der Kohlensäure durch die Tätigkeit des Chlorophylls. Er ist das Bildungsmaterial der werdenden, wachsenden Pflanze, der ihr, unabhängig vom Eiweißstoff, die nötigen Salze für ihren Aufbau schafft. Schon durch Analogieschluß ließ sich annehmen, daß Phytin die gleiche ernährende und anbauende Wirkung auf die tierische Zelle und das tierische Gewebe ausüben müsse und in der Tat bestätigen dies die Erfolge, welche die Fütterung des Viehes, des Geflügels und selbst der Fische aufweist. Diese schon von Liebig hervorgehobene Bedeutung der Salze ist bisher im Wesentlichen nur der landwirtschaftlichen Tierzucht zugute gekommen. Nunmehr aber ist, wie es scheint, das Phytin, das in großen Mengen auch vom Organismus des Kindes assimiliert wird, dazu berufen, überall da Verwendung zu finden, wo es uns darauf ankommt dem sich entwickelnden und heranwachsenden Menschen erhöhte Mengen von Phosphor zuzuführen.

Daraus ergibt sich von selbst die Indikation für dies Präparat; es ist ganz besonders dann angezeigt, wenn dem Körper zu wenig Phosphor in der Nahrung zugeführt wird, wie dies z. B. bei Rhachitis

und bei Insuffizienz des Gehirns (Psychasthenie), bei nervösen Erschöpfungszuständen und bei Rekonvaleszenten der Fall ist, welche während der Krankheit ihre Phosphorreserven einbüßten und den Verlust nicht rasch genug ersetzen können. Von Interesse ist es, daß das Phytin auch auf dem Plazentarwege dem Fötus während seiner intrauterinen Entwicklung zugeführt werden kann und daß es dem mütterlichen Körper, welcher dem Fötus etwa 0,5 g Phosphor pro die zu übermitteln hat, dies reichlich gewährt, so daß Mutter und Frucht Vorteil aus einer für beide wichtigen, fortgesetzten Gabe organischen Phosphors ziehen. Hier würden gewiß mineralische Phosphate machtlos sein.

Ich deutete schon die Vorzüge des Phytin vor anderen phosphorhaltigen Präparaten an und möchte hier nur noch kurz erwähnen, daß es bezüglich des Phosphorgehaltes das Lecithin, das bisher mit Recht als das vorzüglichste Kräftigungsmittel für das Skelett und für das Zentralnervensystem gerühmt wurde und auch mir sehr gute Dienste geleistet hatte, noch bei weitem übertrifft. Da dasselbe nur $3,84\,^0/_0$ Phosphor enthält, so müßte der Erwachsene 5—10 g Lecithin pro die einnehmen, um eine einigermaßen dem Phytin analoge Wirkung zu erzielen. Was aber die Glycerophosphate betrifft, so ist es fraglich, ob sie vollständig absorbiert, also für die Ernährung ausgenutzt werden. Hingegen wird der organische Phosphor im Phytin völlig vom Organismus aufgenommen und zwar in so großen Mengen, wie es bisher mit anderen Phosphorpräparaten nicht möglich war.

So ist es denn ganz erklärlich, daß nicht nur der Appetit sich rasch steigert, sondern auch, wie die baldige Gewichtszunahme selbst stark atrophischer Kinder zeigt, die Ernährung sich in kurzer Zeit von wenigen Wochen bessert. Die leichte Assimilierung, die auch bereits durch physiologische und klinische Untersuchungen von Gilbert, Posternak und Lippmann festgestellt ist, ermöglicht in der Tat einen baldigen Übergang in die Zellen und Gewebe, damit aber auch einen kräftigen Ansatz in denselben.

Den größten Nutzen hiervon haben, wie ich mich überzeugt habe, die Knochen- und die Nervensubstanz, zumal dann, wenn sie unter einem Minus von Phosphorsalzen leiden und dadurch anatomisch wie physiologisch minderwertig geworden sind. Diese theoretische Erwägung hat sich mir praktisch als durchaus richtig erwiesen; denn, wenn ich auch bisher nicht über zahlreiche Erfahrungen verfüge, so ist es doch die Qualität der Fälle von Rhachitis incipiens kleiner Kinder und von cerebraler Insuffizienz größerer Schulkinder, die mich das Präparat gerade hierbei als sehr wirkungsvollschätzen ließ.[1])

Ich lasse die Fälle, die ich einer Phytinbehandlung unterzog, kurz folgen und bemerke nur noch bezüglich der Dosierung und der Darreichungsform in der Kinderpraxis, daß, wie gesagt, junge Kinder in den ersten Lebensjahren das Präparat in Form von Fortossan (Tabletten mit Milchzucker, à 2,5 g pro dosi) erhielten, und zwar in etwas

[1]) Einige noch nicht abgeschlossene Fälle, die noch in meiner Behandlung sind, muß ich mir für eine spätere Veröffentlichung vorbehalten.


31*

Milch gelöst, 3—4mal täglich (1 Stunde vor den Hauptmahlzeiten) 1 Stück. Die Kinder No. 1—5 erhielten das Phytin in dieser Form als Fortossan-Tabletten, während ich den größeren Kindern No. 6—8 Phytin in Substanz, pro die 0,5—1,0 g gab, d. h. den Inhalt von 2—4 Capsul. operc., eingerührt in etwas Zuckerwasser. Im allgemeinen empfiehlt es sich, die tägliche Dosis des Phytins für Kinder von 2—6 Jahren auf 0,25—0,50 g, für Kinder von 6 bis 10 Jahren auf 0,50—1,0 g festzusetzen.

Es wurden behandelt:

1. Knabe, 3/4 Jahr alt. Atrophie nach Gastrointestinalkatarrh. Welke Beschaffenheit der Haut; Weichheit der Knochen. Noch kein Zahn. — Craniotabes. Diagn. Rhachitis incip. — Behandlungsdauer 7 1/2 Wochen. Tägl. 3 Fort.-Tabl.

2. Mädchen, 1 Jahr 2 Monate. 4 Zähne, defekt. Thorax, Rippen und Tibiae abnorm weich; Schädel normal. Diagn.: Rhach. inc. — Behandlungsdauer 2 Mon. Tägl. 4 Fort.-Tabl.

3. Knabe, 1 Jahr 2 1/2 Monate. Pectus carinaton. Klavikeln und Rippen rhachitisch. Craniotabes. Zähne defekt. Diagn.: Rhach. incip. — Behandlungsdauer 6 Wochen. Tägl. 4 Fort.-Tabl.

4. Knabe, 1 Jahr 4 1/2 Monate. Schädel groß, deform. Weiche Hinterhauptschuppe. Wirbelsäule leicht skoliotisch. Anämie. Ungünstige Ernährung. Diagn.: Rhachit. incip. — Behandlungsdauer 9 Wochen. Tägl. 4 Fort.-Tabl.

5. Mädchen, 1 Jahr 7 Monate. Rachit. Rosenkranz. Epiphysenschwellung an Unterschenkel und Unterarm. Leichte Krümmung der Röhrenknochen. Zähne sehr defekt. Schädel nicht abnorm. Zweimal Anfälle von Konvulsionen. — Diagn.: Rhachit. incip. — Behandlungsdauer 11 Wochen. Tägl. 4 Fort.-Tabl.

In allen diesen Fällen zeigte sich deutlich eine Besserung der Erscheinungen von Rachitis, eine raschere Konsolidierung des Skeletts, Zunahme des Fettansatzes und Körpergewichts und allgemeine Kräftigung der Kinder. Der Appetit und das Allgemeinbefinden blieben günstig bezw. hoben sich. Ich hatte den Eindruck einer deutlich ersichtlichen Besserung.

Drei weitere Fälle betrafen größere Schulkinder, bei denen die Gehirnfunktionen wesentlich zu wünschen übrig ließen und die bisher nur gegen die Anämie bezw. Chlorose gerichtete, vorwiegend diätetische Behandlung wenig erreicht hatte, weshalb ich es für angezeigt hielt, die Phytintherapie zu versuchen.

6. Mädchen, 9 1/2 Jahr alt, Tochter einer neurasthenischen, etwas hysterischen Mutter. Blaß, mager, nervös. Schlaf unruhig. Nach geistiger Arbeit leicht ermüdend. Vor 4 Jahren 6 Wochen lang Chorea minor.

Diagn.: Insuffizienz der Gehirnfunktionen. — Behandlungsdauer 2 Monate. Tägl. 0,5 g Phytin.

7. Mädchen, 11 Jahre alt. Mäßiger Grad von Chlorose. Chron. Intumeszenz einiger Lymphdrüsen. Neigung zu chron. Katarrh der oberen Respirationswege. Ungenügende zerebrale Leistungen. Abspannung, Apathie.

Diagn.: Psychasthenie auf anämischer Basis. — Behandlungsdauer 10 Wochen. Tägl. 0,5—1,0 g Phytin.

8. Knabe, 12 1/4 Jahre. Blaß, schmächtig. Rasch emporgeschossen. Beginnende Neurasthenie Fortschritt in der Schule trotz natürlicher Begabung ungenügend wegen ungünstiger Ernährung des Gehirns. Leichte Ermüdung und Abspannung beim Arbeiten. Schlaf durch Träume und durch Angstgefühle bezüglich der Schulaufgaben häufig gestört.

Diagn.: Ungenügende Hirnfunktion. Neurasthenia incipiens — Agrypnie. — Behandlungsdauer 12 1/2 Wochen. Tägl. 0,5, später 1,0 g Phytin.

In diesen drei Fällen bewirkte der organische Phosphor des Phytin eine merkliche Besserung der Gehirntätigkeit, die auf eine bessere spezifische Ernährung der nervösen Zentralorgane zurück-

zuführen war. Auch die Agrypnie und nervöse Erregbarkeit schwanden. Ich hatte den Eindruck, daß dieses phosphorreiche Präparat in solchen Fällen von ungenügender Leistungsfähigkeit und Ausdauer des Gehirns bei größeren, in ihrer Ernährung etwas zurückgebliebenen, den Anforderungen der Schule nicht leicht entsprechenden Kindern von sehr promptem Erfolge ist und mit der physischen Besserung auch die psychische verbindet.

Wenn ich aus dieser bescheidenen Zahl von ambulatorisch (bezw. poliklinisch) behandelten Fällen einen Schluß ziehen darf, so glaube ich, diesen in Folgendem resumieren zu dürfen:

Das Phytin ermöglicht es, dem Organismus des Kindes wesentlich größere Mengen assimilierbarer (vegetabiler) Phosphorsalze zuzuführen, als dies bisher möglich war. Es eignet sich deshalb zunächst für künstlich mit Kuhmilch ernährte Kinder, weil sie die Kuhmilchphosphate bei weitem nicht so gut ausnutzen können, als die der Frauenmilch. Es vermag, den Knochen gebundenen organischen Phosphor, zugleich mit Erdsalzen, reichlich zuzuführen, ist also ein sehr brauchbares Prophylaktikum und Therapeutikum bei nicht zu vorgeschrittener Rachitis. Schließlich führt es den Gehirnganglien und der Nervensubstanz größere Mengen von Phosphor zu, hebt dadurch deren spezifische Ernährung und wirkt auf sie roborierend. Nach alledem darf man das Phytin als eine höchst beachtenswerte Bereicherung der therapeutischen Mittel in der Kinderheilkunde bezeichnen.

Aus dem St. Elisabeth-Kinderheim zu Halle a. S.

Mitteilungen über die Indikationen zur Anwendung des Kufeke-Kindermehles.

Von

Dr. med. **A. Klautsch,** Arzt der Anstalt.

Eine der schwierigsten und zugleich wichtigsten Aufgaben der angewandten physiologischen Chemie ist es, die Ernährung des neugeborenen Kindes, dem durch die Ungunst der Verhältnisse die Milch der eigenen Mutter oder einer Amme — die naturgemäße Nahrungsquelle — versagt ist, auf künstlichem Wege in rationeller Weise zu gestalten. Im allgemeinen greift man in diesen Fällen zu dem nächstliegenden Ersatz, zu der Kuhmilch, welche man, da sie in ihrer chemischen Zusammensetzung und ihrem prozentualen Gehalt an Nährstoffen nicht unwesentlich von der Muttermilch abweicht, einmal mit Wasser verdünnt und dann unter Zusatz von Rahm, von Milch- bezw. Rohrzucker möglichst auf die Konzentration der Muttermilch zu bringen versucht, um so die künstliche Ernährung der natürlichen möglichst ähnlich zu machen. Dabei sind aber nicht unerhebliche Schwierigkeiten zu überwinden. Einerseits ist es nämlich schwierig, eine zuverlässige gesunde und bakterienfreie Kuhmilch von stets gleicher

Zusammensetzung für die ganze Zeit zu erhalten, und andererseits treten bei vielen Kindern, die ausschließlich mit Kuhmilch ernährt werden, nur allzu häufig Verdauungsstörungen ein, die dann ein sofortiges Aussetzen der Milch zur absoluten Notwendigkeit machen. Damit stellt sich nun wieder das Bedürfnis nach einem Ersatzmittel für die Kuhmilch heraus, einem Mittel, welches auf der einen Seite eine gleichmäßig gute Beschaffenheit, eine Haltbarkeit für längere Zeit, und eine einfache Bereitungsweise bei verhältnismäßig geringen Kosten auf der andern in sich vereinigen muß. So kam man dazu unter andern Surrogaten für die Zwecke der Säuglingsernährung aus den pflanzlichen Nahrungsmitteln die Kindermehle herzustellen, deren Zahl allerdings im Laufe der Jahre eine ganz beträchtliche geworden ist.

Eines der bekanntesten und gebräuchlichsten Präparate dieser Art ist das Kufeke-Kindermehl, welches Biedert und Escherich an die Spitze der Kindermehle stellen und für welches wir im Nachstehenden einige Indikationen für seine Verwendung geben wollen, wie wir sie auf Grund unserer eigenen, im hiesigen St. Elisabeth-Kinderheim im Laufe der vergangenen 5 Jahre gewonnenen Erfahrungen für gegeben halten. Ich verzichte darauf, die einzelnen Krankengeschichten hier aufzuführen, da ich nur das für die Praxis Beachtenswerte verzeichnen möchte.

Das Kufeke-Kindermehl stellt ein feinkörniges, gelbbräunliches Mehl dar von würzigem Geruch und schwach süßlichem, an Malz erinnerndem Geschmack, welches durch große Haltbarkeit und stabile Zusammensetzung ausgezeichnet ist. Im Kufeke-Kindermehl ist die unlösliche Stärke des Weizenmehles vollständig in ihre löslichen Modifikationen Dextrin und Traubenzucker durch jenes diastatische Ferment, welches uns das Pflanzenreich als Malz bietet, übergeführt, der Verdauung des Säuglings also vorgearbeitet. Von den Kohlehydraten des Kufeke-Kindermehles sind, wie die Untersuchungen des Graf Toerring ergaben, ca. 70% im Wasser löslich. Es enthält ferner relativ wenig Zucker, wodurch es nicht widerlich süß ist und wodurch die schweren Nachteile vermieden werden, die mit der Fütterung zu zuckerhaltiger Surrogate, besonders bei rachitisch veranlagten Kindern, verbunden sind. Mit Wasser in entsprechender Quantität gekocht, liefert das Kufeke-Mehl eine bräunliche, malzartig schmeckende Suppe, die sich sehr gut mit Kuhmilch vermischen läßt, und die von den Kindern jeder Altersstufe allein oder mit Milch ohne Zusatz von Zucker sehr gern genommen wird. Die Mischung der Kufekemehlsuppe mit Milch fördert wesentlich die Verdauung des Kuhmilchkaseins im Magen des Säuglings, weil, wie die Untersuchungen von Biedert und Grubner ergeben haben, die mäßig fein gemahlenen Mehlkörnchen mit in die Abkochung aufgenommen werden und sich später lockernd zwischen die großklumpigen Kaseingerinnsel der Milch lagern, und weil die so entstehende Emulsion eine lockere, mehr feinflockige Gerinnung nach Art der Muttermilch zu stande kommen läßt.

Im allgemeinen sind ja bei gesunden, künstlich zu ernährenden Säuglingen in den ersten zwei Lebensmonaten die Kindermehle entbehrlich; es gibt jedoch Fälle. und ich verfüge über deren verschiedene,

in welchen trotz der sorgsamsten Pflege die nur mit Wasser entsprechend verdünnte Kuhmilch mangelhaft oder schlecht vertragen wird. Diese Kinder erbrechen sehr häufig, entleeren zahlreiche meist dünne stark wässerige Stühle und machen vor allen Dingen in ihrer Entwicklung keine rechten Fortschritte. In diesen Fällen bewährt sich dann das Kufeke-Kindermehl ganz besonders. Infolge der durch den Zusatz einer dünnen Kufeke-Mehlabkochung herbeigeführten feinflockigen Gerinnung der Kuhmilch wird diese viel leichter und besser verdaut. Die Stühle erfolgen sehr bald spärlicher, sind von breiiger, salbenartiger Konsistenz, das Erbrechen hat bald aufgehört, der Schlaf der Kinder wird andauernd ruhig und ihre Entwicklung macht ganz zufriedenstellende Fortschritte.

Bei gesunden, künstlich ernährten Säuglingen des zweiten Halbjahres habe ich das Kufekemehl als ein wertvolles, die Entwicklung und das Wachstum derselben förderndes Mittel schätzen gelernt, welches den Übergang zur gemischten Kost wesentlich erleichtert.

In weitaus der Mehrzahl der Fälle aber habe ich Veranlassung zur Verwendung des Kufeke-Kindermehles gehabt bei den verschiedensten im ersten Lebensjahre zur Beobachtung und Behandlung kommenden Erkrankungen des kindlichen Magen-Darmkanals, bei denen eine entsprechende medikamentöse Behandlung allein nicht ausreicht, bei denen die Ernährung des Erkrankten eine überaus wichtige, wenn nicht gar die wichtigste Aufgabe zu erfüllen hat. Das größte Kontingent zur Beobachtung lieferten zunächst die dyspeptischen Katarrhe bei künstlich genährten Säuglingen im Alter von 3 Monaten bis zu 1 Jahre und dann besonders die katarrhalischen Diarrhöen, welche meist auf eine der Verdauung nicht normal zugängliche bezw. qualitativ schlechte Nahrung und eine meist ungünstige chemische Einwirkung derselben zurückzuführen sind. In all diesen Fällen wurde nach 1—2tägiger ausschließlicher Wasserdiät das Kufekemehl in dünner wässeriger Abkochung allein ohne Milchzusatz verwendet. Das Heilsame hierbei ist die mit sonst leichtverdaulichen Stoffen erfolgende Unterernährung der Kinder, wobei unterstützend mitwirkt, daß die Kinder, soweit man in diesem Stadium überhaupt von Appetit sprechen darf, die Kufekemehlsuppe ganz gern nehmen und auch gut vertragen. Unter diesem Regime erholten sich die kindlichen Verdauungsorgane verhältnismäßig sehr rasch, so daß dann allmählich wieder Milch in steigender Menge zur Kufekemehlsuppe hinzugefügt werden konnte.

Ein ferneres dankbares und zu seiner Verwendung ganz besonders geeignetes Feld gaben dann die nicht seltenen Fälle von Fettdiarrhöe, deren Ursache in übertriebener Darreichung von Fett meist durch falsche Verwendung von künstlichen Nährpräparaten zu suchen ist, Fälle, in denen es sich dann nur darum handelt, das Fett in der Nahrung soviel als möglich herabzusetzen, weil dieses nicht verdaut wird und durch seine Zersetzungsprodukte den Darmtraktus reizt. Hier ist, wie Biedert sagt, die Stelle, wo das dextrinisierte Kufekemehl mit Erfolg bei dem Ausgleiche der Ernährungsstörungen zur Wirkung kommen kann. Man kann in diesen Fällen von dem infolge der Umwandlung der Stärke verdaulicheren Material schon etwas nährendere

Abkochungen zuführen, als der einfache Schleim darstellt, muß aber doch nach wenigen Tagen mit kleinen Milchzusätzen, vielleicht von $^1/_{10}$ aufsteigend, beginnen.

Doch ist die Verwendung dieser Mehlabkochungen nicht auf die Fettdiarrhöe allein beschränkt. Auch bei der durch Zersetzung des Eiweißes hervorgerufenen meist bei älteren Säuglingen auftretenden Enteritis follicularis, dem Dickdarmkatarrh, führt die ausschließliche Darreichung des Kufeke-Kindermehles, sofern sie rechtzeitig einsetzt, neben dem Verbot von Fleisch und Eiern in relativ kurzer Zeit zur Heilung. Ebenso bei den hierher gehörigen infektiösen Formen des Dickdarmkatarrhes (z. B. der Escherichschen Streptokokkenenteritis) eine ausschließliche Ernährung mit Kufekemehl ohne jeden Zusatz von Milch am Platze. Die günstige Einwirkung der veränderten Nahrung zeigt sich alsbald dadurch, daß die Kinder ruhiger werden, was mit dem Sistieren der Gärung und dem Aufhören der Koliken in Zusammenhang zu bringen ist. Geht man bei der Bemessung der Nahrungsmengen dann schrittweise vor, so hebt sich die Verdauungstätigkeit stetig, wenn auch langsam, und bald kann man eine erhebliche Besserung des Aussehens und des gesamten Ernährungszustandes der Kinder konstatieren.

Das Verwendungsgebiet für das Kufeke-Kindermehl ist demnach ein ziemlich ausgedehntes, da es nicht nur das gesunde Kind in seinem Gedeihen fördert, sondern, und dies ist sein ganz besonderer Vorzug, auch bei dem kranken in der Ernährung zurückgebliebenen die Rückkehr zur Norm anbahnen hilft.

Halle a. S., im August 1904.

II. Referate.

J. Peer, Zur Therapie der Magendarmstörungen der Säuglinge. (Aus der niederösterreich. Landesfindelanstalt.) (Ärztl. Zentral-Ztg. 1904. No. 24.) P.s Chef, Dr. G. Riether, verwendet zur Magenspülung statt der 0,6$^0/_0$igen Kochsalzlösung mit Erfolg auch Lösungen von Acid. mur. dilut. 1,0:200,0 Aq. dest. bei fortwährendem Erbrechen. Zur Auswaschung des Darmkanals sind schwache (1$^0/_0$) Tannin- oder Resorcinlösungen geeignet. Als souveränes Ernährungsmittel nach der üblichen Abstinenzperiode hat sich die Kufeke-Suppe bewährt. Später versetzt man die Kuhmilch mit dieser Suppe und bleibt am besten auch später bei dieser Verdünnung der Milch, die bei Kufeke-Zusatz viel leichter verdaut wird und den Kindern so gut bekommt, daß sie bei dieser Ernährung prächtig gedeihen.

Grätzer.

M. L. Guinon (Paris), De l'abus du lait en thérapeutique infantile, et particulièrement au cours des dyspepsies et gastro-entérites chroniques du second âge. (Revue prat. d'obst. et de paed. Februar-April 1904.) Es ist eine allgemein verbreitete Gewohnheit unter den Ärzten, gleichsam ein Dogma, daß dyspeptische



oder sonst darmkranke Kinder absolute Milchdiät bekommen. Nun muß man aber wissen, daß in vielen Fällen es gerade die Milch ist, welche die krankhaften Zustände bewirkt hat, und in derartigen Fällen kann eine ausschließliche Milchnahrung die verderblichsten Folgen haben. In vielen Fällen bewirkt die Milch Diarrhöe, in anderen wieder hartnäckige Verstopfung. Der Bauch ist groß, das Kind anämisch, die Leber vergrößert, kurz der Allgemeinzustand hat große Ähnlichkeit mit Rachitis. Man beobachtet derartige Symptome auch in solchen Fällen, wo die Qualität der Milch nichts zu wünschen übrig läßt und wo die Sterilisierung derselben eine vollkommene ist. Der Hauptgrund der krankhaften, durch die Milch hervorgerufenen Zustände ist einerseits in der Zerstörung der normalen Fermente, andererseits in einer schlechten Verdauung zu suchen, wodurch es zu putriden Veränderungen des Kaseins kommt und im weiteren Verlaufe zu einer Autointoxikation. Die normalen Fäulnisvorgänge im Darmtrakte werden in außergewöhnlichem Maße gesteigert und es werden hierdurch schwere Allgemeinsymptome hervorgerufen. Was die Behandlung dieser Zustände anbetrifft, so ist in erster Reihe, wenn auch nur für kurze Zeit, die Milch aus der Ernährung fortzulassen und dem Kinde eine mehlige Nahrung zu verabreichen. Die verschiedenen Kindermehle geben in dieser Beziehung gute Resultate. Außerdem Purée von Hülsenfrüchten und später Eier. Rohes Fleisch in kleinen Quantitäten, Kefir, Buttermilch und in gewissen Fällen rohe Milch haben dem Verf. gute Resultate gegeben. Es ist vorteilhaft, die diätetische Behandlung durch eine medikamentöse zu unterstützen und den betreffenden, meist anämischen Kindern Eisenpräparate zu verabreichen. E. Toff (Braila).

J. P. Cardamatis (Athen), Alimentation de l'enfant du premier âge et particulièrement de l'enfent attaint d'une affection gastro-entérique par le babeurre. (Archives de méd. des enfants. Februar 1904.) Auch C. hat von der Ernährung schwächlicher Kinder, die an kongenitaler Athrepsie, an rachitischer Dyskrasie, an allgemeiner Tuberkulose, sowie auch an Dyspepsie und verschiedenen gastro-enteritischen Störungen litten, mittels Buttermilch sehr gute Resultate gesehen. Die Zahl der derart behandelten Fälle betrug 22 und wurde hauptsächlich eine rasche Gewichtszunahme beobachtet, außerdem eine Besserung der dyspeptischen Stühle, die rasch normal wurden. Am vorteilhaftesten zeigte sich die gemischte Nahrung, indem 2—4 mal in 24 Stunden Frauenmilch und 4—6 mal Buttermilch verabreicht wurde.

C. hat die bakteriologische Untersuchung der Milch und der Stühle gemacht und ist hierbei zu folgenden Schlüssen gelangt. In der Milch fand er Oidium lactis, Bacillus erythrogenes Hueppe, Bac. lactis aerogenes Escherich. In den Fäkalmassen: Bacillus communis Escherich, Bacillus lactis aerogenes, Staphylococcus pyogenes aureus, Bac. acidi lactici, Bacil. pyocyaneus. E. Toff (Braila).

Erwin Kobrak, Die Biedert-Seltersche Buttermilchkonserve. (Aus der H. Neumannschen Kinderpoliklinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 14.) Die von der Chem.

Fabrik in Zwingenberg fabrizierte Konserve (und zwar hauptsächlich die ohne Weizenmehl hergestellte) wurde bei 12 Fällen (Frühgeburten mit oder ohne Dyspepsie, Brustdyspepsien, Dyspepsien mit Atrophie) angewandt; die Resultate waren sämtlich günstig, auch schien das Präparat gleichmäßig gut hergestellt zu sein, indem beim Verbrauch von 150 Büchsen keine Darmstörungen zu beobachten waren, die aut eine Verderbnis des Materials hätten schließen lassen können. Grätzer.

Hans Koeppe (Gießen), Erfahrungen mit einer Buttermilchkonserve als Säuglingsnahrung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 25.) K. benutzte die von der Firma Staudt & Co. in Vilbel hergestellte (genau nach der Heubnerschen Vorschrift) sogenannte „holländische Säuglingsnahrung“, die in $^1/_4$ Literflaschen (zu 10 Pf.) in den Handel kommt und außerordentlich haltbar ist, sogar im Sommer monatelang sich frisch erhält. $^1/_3$ oder $^1/_2$ Fläschchen wird in die Saugflasche getan und erwärmt, der Rest für die nächste Mahlzeit aufgehoben. Es ist also die denkbar einfachste Ernährungsart, dazu sehr billig, so daß sie sich auch zur Dauerernährung eignet (ein Kind bekam das Präparat 11 Monate lang). Die Buttermilchkonserve bewährte sich bestens bei atrophischen Säuglingen und solchen mit chronischem Darmkatarrh. Gerade wo der Kräfteverfall ein großer ist, rasche Besserung eintreten muß, ist sie indiziert, da die Ernährung sich fast momentan hebt, schon nach der ersten Woche zum Teil recht erhebliche Gewichtszunahmen zu verzeichnen sind. Bei fiebernden Säuglingen mit Dyspepsie oder akutem Dünndarmkatarrh gebe man die Buttermilchnahrung erst, wenn nach vollständigem Aussetzen jeder milch- und fetthaltigen Nahrung gleichmäßiger Stuhl wieder vorhanden ist, aber die Milch auch in Verdünnung noch nicht bekommt. Grätzer.

A. Patricot, La gélatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles. (Inaugural-Dissertation. Lyon 1903.) Diese unter Leitung von Weill gemachte Arbeit gibt 18 Krankengeschichten und gelangt P. zum Schlusse, daß die Gelatine den anderen, in der Behandlung der einfachen Kinderdiarrhöen benützten Mitteln überlegen ist. Man gibt das Mittel gelöst in physiologischer Kochsalzlösung nach folgender Zusammensetzung: Kochsalz 7,0 g, Gelatine 100,0, destilliertes Wasser 1 kg. Man gibt hiervon je 10 ccm in Eprouvetten und sterilisiert bei 110—120° 10 Minuten lang. Jedes Röhrchen enthält 1,0 g Gelatine und wird, nach Erwärmung im Wasserbade, einer Menge von 100,0 g Milch zugesetzt. Man verabreicht eine oder mehrere Dosen in 24 Stunden, auch können die Dosen verdoppelt werden. Im allgemeinen wurden 4—12 g Gelatine per Tag benützt; man sieht die Stühle dichter und weniger häufig werden, auch der Allgemeinzustand wird ein besserer. Bei choleriformen Diarrhöen ist der Einfluß auf die Stühle ein guter, aber das Allgemeinbefinden wird nicht so augenfällig beeinflußt. Hauptsächlich muß darauf geachtet werden, nur eine sehr reine Gelatine zu verwenden.

E. Toff (Braila).

W. F. Waugh, Atropin bei Cholera infantum. (American Medicine. 25. Juli 1903.) Vor 15 Jahren hat Harkin das Atropin

gegen Cholera asiatica warm empfohlen. Seit jener Zeit ist das Mittel vielfach angewandt worden, mit angeblichem Erfolg. Verf. lobt Atropin bei Cholera infantum. Er gibt 1 dmg und darüber subkutan je nach dem Alter des Kindes, und wiederholt das Mittel häufig genug, um eine kontinuierliche Wirkung zu erhalten. Der Effekt soll prompt und schlagend sein. Leo Jacobi (New York).

H. Röder, Die Behandlung der Cholera infantum mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhause in Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Juni 1904.) Im Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhause werden jetzt bei Behandlung der Cholera infantum folgende Gesichtspunkte als maßgebend angesehen: Die erste Aufgabe der Therapie besteht hier darin, den Wasserverlust zu decken und auch durch andere Analeptika die geschwächte Herzkraft zu heben und den weiteren Verfall der Körperkräfte hintanzuhalten. Die Behandlung der intestinalen Erscheinungen tritt zunächst, wenn man von dem Fernhalten aller Schädlichkeiten absieht, in den Hintergrund. Durch die häufigen Entleerungen ist der kausalen Therapie insofern schon teilweise genügt, als für die pathogen betrachteten Stoffe zum großen Teil bereits ausgestoßen wurden. Die medikamentöse Behandlung kann sich darauf beschränken, durch Darreichung von Kalomel (0,01—0,03 3—4mal täglich) und Rizinus (2mal $^1/_2$—1 Teelöffel) diesen Vorgang zu unterstützen. Opiate gebe man nie im Anfangsstadium; auch später, am 3. und 4. Krankheitstage, können sie entbehrt werden, da wir in Wismut (Bismut. subnitr. 0,2—0,5 3mal täglich), insbesondere in der Bismutose (3mal täglich $^1/_2$ Teelöffel, am besten in Schleim verrührt, der Flasche zugesetzt) in diesem Stadium ein vortreffliches Mittel besitzen. Am zweckmäßigsten ist die sofortige Anwendung eines Senfbades (zwei Hände voll Senfmehl in ein Leinwandtuch einschlagen, einige Minuten unter Hin- und Herschwenken im Badewasser ziehen lassen, bis dasselbe trübe, gelbgrün geworden) das ein souveränes Mittel ist, um von der Peripherie auf Vasomotoren und Herz einzuwirken. Nach dem Bade (von 5—8 Minuten) Frottieren des ganzen Körpers, dann Einhüllen in Decken, Wärmflaschen usw. Vor dem Bade 1—2 Kampferspritzen. Manchmal 1—2malige Wiederholung am Tage nötig. Am besten erhält das Kind dann in den ersten Tagen täglich morgens statt des Reinigungsbades ein Senfbad. Ganz besonders sind die Kinder während und nach dem Bade wegen der Gefahren der so häufigen Otitis media vor Zugluft zu schützen. Mit Kampferinjektionen halte man nicht zurück; wenn irgendwie durchführbar gebe man 3stündlich eine Pravazsche Spritze Kampferöl, bis alle Gefahren des Kollapses verschwunden erscheinen. Sehr frühzeitig gehe man auch zu subkutanen Kochsalzinfusionen über, da, wo durch große Wasserverluste der Hauttonus vermindert, die große Fontanelle eingesunken, die Pupillen bis zum äußersten verengt und auf Lichteinfall wenig oder gar nicht reagieren, das Abdomen tief eingezogen, der Kräftezustand sehr elend ist, die Durchfälle nicht nachlassen und die Harnsekretion sistiert. Man benutze 0,3 $^0/_0$ige Kochsalzlösung ($^1/_2$ Teelöffel Kochsalz auf 1 l Wasser) auf 40° C. erwärmt; es ist gerade

diese hypotonische Lösung zu empfehlen, weil diese sehr rasch resorbiert wird und weil wegen der meist vorhandenen Nephritis eine möglichst geringe Salzzufuhr indiziert ist. Man injiziere (unter strenger Asepsis!) an der Innenseite der Oberschenkel und auf der Brust von der vorderen Achsellinie aus gegen die Achsellinie zu und zwar 20 bis 30 ccm pro Kilo Körpergewicht. Die Gesamtmenge (80—100—150—180 ccm) wird an einer oder zwei Stellen injiziert, langsam, mit mäßigem Druck, und lege auf die Stichöffnung ein Stück Gaze und darüber ein Zinkpflaster, beides ziemlich groß, damit die Lösung nicht abfließt. Nach 10—15 Minuten ist die Flüssigkeit bereits resorbiert. Die Infusion wird nötigenfalls zweimal täglich vorgenommen. Bei Säuglingen der ersten Monate und bei älteren Säuglingen, die weit unter dem physiologischen Körpergewicht stehen, muß die Flüssigkeitszufuhr öfter und weniger reichlich erfolgen. Bei angemessener Vorbehandlung der Hautdecke (Reinigung mit Terpentin und dann Äther, darauf Desinfektion mit 2 ‰iger Sublimatlösung) bei Auskochen des Infusionsapparates (Autor hat eine 100 g fassende Spritze mit Zubehör in Besteck herstellen lassen von E. Lentz & Co. Berlin, Ziegelstr. 3) kamen nie Infektionen, Phlegmonen usw. zur Beobachtung. Die Wirkung der Infusionen wird wesentlich unterstützt durch Darreichung von Mineralwässern (Wildunger, Fachinger), welche die Nierentätigkeit anregen und urämischen Zuständen vorbeugen. Was die genannten Maßnahmen (Senfbad, Kampferinjektionen, Kochsalzinfusion) betrifft, so warnt Autor, gewisse Fälle von Cholera infantum zu günstig zu beurteilen und deshalb die exzitierenden Eingriffe zu verschieben; durch ein auch nur um einige Stunden verspätetes Eingreifen ist das Schicksal einer großen Zahl von Brechdurchfällen besiegelt. Die Kochsalzinfusion setze man bis zur Wiederkehr des Sensoriums, bis zur Besserung des Hautturgors und des Kräftezustandes fort und gebe sie erst auf, wenn unter Vermeidung eines Rückfalles nach mehreren Tagen der Zeitpunkt für den allmählichen Eintritt der normalen Ernährung gefunden worden ist. Meist bedarf es ferner der Entfernung schädlicher Nahrungsreste aus dem Magen durch Magenspülungen (mit der obengenannten Kochsalzlösung, die, wenn Senfbad und Kochsalzinfusion vorausgegangen, auch bei sehr elenden Kindern auszuführen und namentlich indiziert sind, wenn anamnestisch mehrmaliges Erbrechen festgestellt wird oder wenn während der Beobachtung trotz Entziehung der Nahrung Erbrechen erfolgt. In vielen Fällen können nach dem Spülen 60 bis 100 ccm der gleichen Lösung oder Tee durch den Schlauch in gleicher Weise eingeführt und im Magen zurückgelassen werden (Mageneingießung), welches Verfahren die Stillung des Durstes ohne Inanspruchnahme der verminderten Saugfähigkeit gestattet und eine Flüssigkeitszufuhr auf diesem Wege ermöglicht. Nunmehr ist Regelung der Diät das nächste. Grundsatz ist hierbei die Fernhaltung aller Schädlichkeiten, unter denen das Eiweiß gerade beim Brechdurchfall die gefährlichste Noxe darstellt. Die Kinder bekommen nur dünnen Tee mit Kognak (1 Teelöffel auf 1 Liter) bei nur leichtem Brechreiz angewärmt aus der Flasche (2—3stündlich 80—100 ccm), bei verringerter Saugkraft, benommenem Sensorium, großer Brechneigung

eiskalt löffelweise alle 5—10 Minuten 3—5 Teelöffel. Bei Kindern, die sehr bald nach Anwendung der Analeptika aus der Flasche saugen, also besseren Kräftezustand dokumentieren, kann bereits nach 36 bis 48 Stunden zu einer Haferschleimlösung übergegangen werden; bei elenden Kindern und da, wo das Leiden sich nicht sichtlich bessert, gehe man nicht zu früh dazu über. Saugkraft, Größe der Diurese, Verhalten des Hauttonus, Häufigkeit und Art der Stuhlentleerung geben den Anhaltspunkt ab für den Übergang. Die bei der Teediät an Zahl und Wassergehalt verminderten Entleerungen nehmen bei der Schleimdiät festere Beschaffenheit an; in diesem Stadium pflegt Bismutose, insbesondere wenn der Stuhl schleimige Beimengungen zeigt, die Konsistenz pastenartig zu gestalten. Erreicht man dies langsam, so kann man unter gleichzeitiger Beobachtung des Gewichts, unter eventueller Fortsetzung von Kochsalzinfusion und Senfbad die Schleimnahrung oder eine Kindermehlmischung ohne Zusatz von Milch 3—5 Tage verabreichen, um dann eine ganz dünne Milchmischung oder das Biedertsche Rahmgemenge u. a. in sehr starken Verdünnungen zu geben. Kinder, die wegen schwerer Stomatitis oder großer Schwäche Nahrung nicht selbsttätig einnehmen, werden zu den bestimmten Zeiten mit der Schlundsonde gefüttert. Bei jener ersten Nahrung verbleibe man 2—3 Tage unter sorgfältiger Beobachtung des Körpergewichts und Stuhles. Mit dem Weiterschreiten der Besserung kann nunmehr von der Anwendung der Analeptika Abstand genommen werden. Erst ganz allmählich kann die Nahrung ihrer Quantität und ihrem kalorimetrischen Werte nach dem Körpergewicht angepaßt werden. Ein Rückfall bei vorzeitiger Darreichung der physiologischen Nahrung, der Milch und ihrer Mischungen, schädigt das Kind weit mehr, als ein längeres Zuwarten. Bei Brustkindern kommt man meist mit einer kürzeren Karenzzeit aus, ohne die Brustnahrung dauernd preisgeben zu müssen; man setze sie für 1—2 Tage aus, befolge die obigen Vorschriften und sorge durch künstliches Abziehen der Brust dafür, daß die Muttermilch nicht versiegt. Grätzer.

C. E. Bloch, Studien über Magen-Darmkatarrh bei Säuglingen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 5.) In der Frage nach den Gewebsveränderungen beim Magen-Darmkatarrh der Säuglinge stehen sich die Ansichten der drei Hauptautoren Baginsky, Heubner und Marfan noch immer gegenüber. Nach Baginsky treten immer starke Entzündungserscheinungen, Desquamation und Degeneration der epithelialen Elemente des Darms auf. Heubner fand nur selten anatomische Zeichen einer Entzündung im Darm und auch dann nur wenig ausgesprochen und auf den Dickdarm beschränkt. Das Epithel zeige nur beiden akuten katarrhalischen Formen eine starke Degeneration, sonst sei überhaupt nur eine lebhaftere Schleimbildung zu bemerken. Zum Teil zwischen beiden Autoren vermittelnd, zum Teil von beiden abweichend, steht Marfans Auffassung.

Verf. studierte nun die Fragen nach der Existenz, dem Sitz und der Art der Gewebsveränderungen im Verdauungstraktus an Gastroenteritis verstorbener Säuglinge an zehn klinisch und anatomisch untersuchten Fällen, teils akut, teils chronisch verlaufenen. Um sich vor postmortalen Veränderungen zu schützen, injizierte Verf. sofort

p. m. 150—200 ccm einer 10%igen Formalinlösung in den Unterleib. Bei den zwischen 6 und 26 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Sektionen fanden sich die Organe stets gut gehärtet. Auf Grund seiner sehr genau berichteten mikroskopischen Funde gelangt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Bei der akuten und chronischen Gastroenteritis der Säuglinge handelt es sich um eine Entzündung der Darmschleimhaut, die am stärksten um die Ileocoekalklappe auftritt. Die bedeutenderen Entzündungsveränderungen setzen sich gewöhnlich nur ein kleines Stück in den Dünndarm hinauf fort. Im Dickdarm ist die Entzündung mehr gleichmäßig ausgebreitet. In einzelnen Fällen kann eine weniger hervortretende Entzündung auch im Duodenum vorkommen, aber der bei weitem größte Teil des Dünndarms ist frei von stärkeren Entzündungserscheinungen. Das Oberflächenepithel und die Drüsen desselben sind zum größten Teil gut erhalten. Bei den akuten Formen zeigt sich die Entzündung vorzugsweise durch eine bedeutende Injektion, zahlreiche Blutungen und eine sparsame Rundzelleninfiltration in der Schleimhaut. Die Drüsen können zystisch dilatiert sein; ein großer Teil der Drüsenzellen und des Oberflächenepithels ist an den angegriffenen Stellen nekrotisch zerfallen und es sind hämorrhagische Ulzerationen vorhanden. Bei den mehr chronischen Formen finden sich dieselben Veränderungen, aber weniger ausgesprochen. Eine scharfe Trennung zwischen den akuten und den chronischen Formen gibt es anatomisch ebensowenig, wie klinisch. Sie gehen allmählich ineinander über. Die Magenbefunde sind inkonstant. Hutzler (München).

Wilkins, Case of fatal diarrhoea. (Brit. med. Journ. 1903. S. 849.) Das 9jährige Mädchen erkrankte plötzlich unter heftigem Erbrechen und blutigen, schleimigen Durchfällen, Temperatur 40,5. Eine Ursache für diese Erkrankung konnte nicht nachgewiesen werden. Kein objektiver Befund. Exitus letalis nach 48 Stunden unter Erscheinungen von Herzschwäche. Schreiber (Göttingen).

Combe (Lausanne), L'auto-intoxication intestinale. (Arch. de médecine des enfants. Januar 1904.) C. hebt hervor, daß die Autointoxikation eine Vergiftung sei, hervorgerufen durch die vitalen Vorgänge des Organismus. So kann nicht von Autointoxikation die Rede sein, falls die Vergiftung durch verdorbene Nahrungsmittel hervorgerufen wird. Die Ursachen der Autointoxikation teilt C. in zwei große Gruppen ein: A) Ursachen, welche die Zerstörung der Enterotoxine durch den Organismus herabsetzen und B) Ursachen, welche die Bildung der Enterotoxine vermehren. In die erste Gruppe ist in erster Reihe die Insuffizienz der Darmschleimhaut, der Leber, der Thyreoidea, der Thymus, der Speicheldrüsen und der Nebennieren zu rechnen. Endlich müßte die Nieren- und Hautinsuffizienz in Betracht gezogen werden.

In die zweite Gruppe rechnet C. die Dyspepsie, die Stase der Nahrungsmittel (Magendilatation, Parese des Darmes, Dilatation des Koekums, chronische Invaginationen usw.), Erkrankungen der Darmwand, welche immer mit bedeutenden Fäulnisvorgängen in dem Darminhalte einhergehen. Namentlich ist dies bezüglich der Enteritis

muco-membranacea der Fall. Krankheiten der Nase und des Rachens, sowie auch Darmparasiten, vermehren in erheblichem Maße die Darmfäulnis und folglich auch die Enterotoxine.

Die Diagnose der Autointoxikation ist nicht immer leicht zu stellen, da nicht alle Magen-Darmerkrankungen mit Selbstvergiftung einhergehen, andererseits dieselbe bestehen kann, ohne daß sich der Kranke über Darmstörungen beklagt hätte. Das Kriterium gibt die Urinuntersuchung, und zwar nicht die Toxizitätsprobe, sondern die chemische Diagnose. Da man die Ptomaine und Toxine noch nicht dosieren kann, muß man sich mit den gleichzeitig mit denselben gebildeten Körpern der aromatischen Serie begnügen. Falls keine Eiterung im Organismus besteht, so ist die Menge der Schwefeläther im Harne mit der Intensität des Fäulnisprozesses im Darme proportional und gibt das Messen derselben ein Bild über die Autointoxikation. Zur Mengenbestimmung der Körper aus der Phenolreihe benützt C. das Chromometer von Amann, welches nach dem Prinzipe des Fleischlschen Hämatometers konstruiert ist. Die Einzelheiten aller dieser Untersuchungen können in einem kurzen Referate nicht wiedergegeben und müssen im Originale nachgelesen werden. Dasselbe gilt auch für die interessanten Untersuchungen um die Vermehrung der in Rede stehenden Körper durch Messen der oberflächlichen Tension der betreffenden Flüssigkeit festzustellen. Das hierzu benützte Instrument ist das Stalagmometer von Amann, welches die Zahl der Tropfen in einem gewissen Flüssigkeitsvolumen angibt. Je größer die oberflächliche Tension ist, desto größer wird auch der fallende Tropfen sein und also die Gesamtzahl derselben in der betreffenden Flüssigkeitsmenge eine kleinere sein. Die klinischen Untersuchungen von C. haben nun ergeben, daß während die anorganischen Salze des Harnes die oberflächliche Tension erhöhen, die organischen normalen Bestandteile auf dieselbe fast gar keinen Einfluß ausüben, während die organischen unvollständig oxydierten Substanzen dieselbe erniedrigen. Die Kurve dieser Erniedrigung geht parallel mit derjenigen der Vermehrung des Phenols und Indols und wird wahrscheinlich zur Messung derselben von besonderem Vorteile sein.

Bezüglich der Behandlung hebt C. hervor, daß eine Antiseptik und Aseptik des Darmes unmöglich und daß das rationellste Verfahren das sei, den Mikroben die zu ihrer Entwicklung notwendigen Stoffe zu entziehen, was durch Änderung des Nährbodens erreicht werden kann. Die betreffenden Kranken sollen daher entweder gar keine Eiweißstoffe erhalten, oder neben denselben eine mindestens fünffache Menge von Kohlehydraten. Die antiputride Ernährung besteht in einer Milch-Mehldiät.

Sonstige antifermentative Maßregeln sind: Das getrennte Einnehmen von flüssigen und festen Nahrungsmitteln, das Einnehmen von kleinen und häufigen Mahlzeiten, indem man vorteilhaft eine flüssige und eine feste Mahlzeit abwechselt, Ruhe nach dem Essen, Vermeiden der Fleischnahrung, Vorziehen der rohen Milch. Andererseits muß der Stagnation der Nahrungsmittel entgegengearbeitet werden, was am besten durch Enteroklyse geschieht. Außerdem ist ein leichtes Abführmittel angezeigt, wie Kalomel, Rizinusöl u. a. In

schweren Fällen ist die Einspritzung von künstlichem Serum angezeigt, um die in den Organismus eingedrungenen Gifte zu eliminieren.

E. Toff (Braila).

Pasquale Mazzeo, Virulenz und Toxizität des B. coli in der Nahrung des ersten Lebensalters. (La Pediatria. März 1904.) Verf. hat verschiedene Milchsorten, Surrogate und Nährpräparate daraufhin untersucht, in welchem Grade sie geeignet sind, einen Nährboden für B. coli abzugeben. Die Bakterien, deren er sich zu seinen Versuchen bediente, stammten von vier verschiedenen Fällen. Die virulentesten Kulturen und die größte Toxizität wurden erzielt mit der humanisierten Milch nach Getzel; die geringste Virulenz und Toxizität ergab sich bei dem italienischen Kindermehl von Pajanini und Villani.

F.

Lyder Nicolaysen (Christiania), Beobachtungen über epidemischen katarrhalischen Ikterus. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 24.) Größere Epidemie, aus der N. allein 123 Fälle kennt, die sich über die Monate September 1901 bis April 1902 verteilten. Über die Hälfte der Pat. waren Kinder unter 15 Jahren. Öfters waren mehrere Fälle in einer Familie oder in einem Hause zu verzeichnen. Meist leichter Verlauf.

N. schildert genau Verlauf, Verbreitungsweise usw. dieser Epidemie, welche sich in Christiania abspielte, und gelangt aus seinen Beobachtungen zu dem Schlusse, daß der epidemische Ikterus ein meist mit, seltener ohne Ikterus verlaufender spezifischer Magendarmkatarrh ist, welcher am häufigsten durch Ansteckung von Person auf Person, möglicherweise aber auch anderswie verbreitet wird.

Grätzer.

H. Brüning, Über infektiösen, fieberhaften Ikterus (Morbus Weilii) im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des Bacillus proteus fluorescens. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 35 u. 36.) B. teilt einen interessanten Fall mit, den ersten völlig einwandfreien von Weilschem Ikterus im Säuglingsalter. Die Diagnose war nicht von vornherein klar: Ein gut genährter, 4monatiger, von gesunden Eltern stammender Säugling, der im ersten Lebensmonat einen 3tägigen Darmkatarrh überstanden, erkrankt im Anschluß an eine Erkältung plötzlich inmitten völligen Wohlbefindens mit Durchfall, Nahrungsverweigerung, hohem Fieber, Husten, Spannung des Leibes, Schmerzhaftigkeit des ganzen Körpers und leichter Gelbfärbung der Haut. Man denkt da natürlich an einen akuten Magendarmkatarrh. Als am nächsten Tage der Ikterus erheblich zunahm, die Urinuntersuchung nephritische Symptome erkennen ließ, die in den folgenden Tagen sich gradatim steigerten, als die anfangs nicht vergrößerte Leber um zwei Querfinger den Rippenbogen überragte und auch die Milz palpabel wurde, da konnte im Verein mit der auffallenden Schmerzhaftigkeit des Kindes am ganzen Körper sowie im Hinblick auf den plötzlichen Beginn der Affektion unter hohem Fieber die Diagnose Icterus Weilii kaum noch zweifelhaft sein, und es galt nur noch, durch bakteriologische Untersuchung des Blutes

und der Exkrete nach dem von Jäger gefundenen spezifischen Erreger, dem Bacillus proteus fluorescens, zu fahnden. Und in der Tat ließ sich aus Harn und Fäces dieser Mikroorganismus züchten, während die Untersuchung des Blutes intra vitam negativ ausfiel. Die Krankheit endete am 24. Tage letal. Bei der Sektion wurden außer geringgradigen Veränderungen des Myokards in erster Linie Fettinfiltration und Degeneration des Lebergewebes, sowie hochgradige, diffuse, eitrige Entzündung des Nierenparenchyms gefunden, sodann deutlich ausgesprochene Veränderungen im Darm in Form von Schwellung der Follikel, Infiltration und Nekrose der Darmschleimhaut neben Blutungen und lobulären Herden.

Es wurden nun noch verschiedene Experimente gemacht, aus denen hervorgeht, daß das Blutserum des an Weilschem Ikterus erkrankten Kindes, analog dem Serum der für den Proteus ebenfalls empfindlichen Typhuspatienten, dem in seinem Körper vegetierenden Bazillus gegenüber in einer Verdünnung von 1:50 höchstens schwache agglutinierende Eigenschaften besitzt, während in beiden Fällen in Verdünnungen von 1:100 jegliche Reaktion ausblieb. Dagegen besitzt das Blutserum des unter der Einwirkung von Bacillus proteus fluorescens stehenden Kindes gegenüber dem Typhusbazillus in derselben Verdünnung eine solch hochgradige Agglutinationskraft, wie man sie bei der Widalschen Reaktion bei Typhuskranken mit Typhusbazillen kaum zu sehen bekommt. Diese Tatsachen bringen wiederum eine Bestätigung der schon oftmals betonten erhöhten Agglutinationsfähigkeit des Blutes nichttyphöser, aber an Ikterus leidender Patienten gegenüber dem Bacillus typhi. Grätzer.

K. Leiner, Über bazilläre Dysenterie, speziell im Kindesalter. (Aus dem Karolinen-Kinderspital und dem pathologisch-anatom. Instiut in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 25 u. 26.)

L. faßt das Resultat seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

1. Wir haben in unserem Spital 7 Fälle von Darmerkrankungen beobachtet, welche nach ihrer Symptomatologie, nach ihrer Kontagiosität und dem anatomischen Befund der zwei letalen Fälle der Dysenterie zuzurechnen sind.

2. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurden in sämtlichen Fällen durch folgende Haupteigenschaften charakterisierte Stäbchen gefunden: Unbeweglichkeit, rasche Entfärbung bei Anwendung der Methode von Gram, Unvermögen, Traubenzucker zur Vergärung, Milch zur Gerinnung zu bringen, Rötung der Mannit-Lackmusnährböden.

3. In den Agglutinationsversuchen ergab sich in der Mehrzahl unserer Kranken — 5 von 7 — a) eine spezifische Reaktion des Bazillus gegenüber dem Serum der Kranken (Verdünnung 1:50); b) eine Agglutination eines Flexner-Stammes in gleicher Verdünnung; c) das Ausbleiben der Agglutination des Shiga-Kruseschen Bazillus durch das Serum unserer Kranken; d) hochwertige Immunsera, erzeugt durch den Flexnerschen, und einer unserer Stämme brachten unsere Stämme und den Flexnerschen in Verdünnungen von 1:1000 auch wechselseitig zur Agglutination, nicht aber den Shiga-Kruseschen Stamm. Shigas hochwertiges Serum hinwiederum

brachte den Shigaschen und Kruseschen Stamm in Verdünnungen von 1:1000, die Stämme unserer Kranken und den Flexnerschen Stamm in Verdünnungen von 1:80 zur Agglutination.

4. Durch diese Versuche, durch die kulturellen Eigenschaften, erwiesen sich die in unseren Fällen gefundenen Bazillen als gleichartig mit dem Flexnerschen Bazillus (Philippinen) und different von dem Shiga-Kruseschen Bazillus.

5. Unser Bazillus war für Tiere pathogen, ohne spezifische Darmerscheinungen hervorzubringen.

6. Die Selbständigkeit einer dem Kindesalter eigentümlichen dysenterieähnlichen Erkrankung — Enteritis follicularis — dürfte durch regelmäßigen Nachweis von Dysenteriebazillen bei dieser Krankheit erschüttert werden. Grätzer.

Gunnar Nyström (Schwede), Ein Fall von Enteritis und Ascaris mit Peritonitis und Ileussymptomen. Laparotomie. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Bd. 9. Heft 4.) Es handelte sich um einen Fall von Enteritis bei einem 4jährigen Knaben, welche von Ileussymptomen kompliziert war, die eine Laparotomie veranlaßten. Die Bauchhöhle zeigte eine sero-fibrinöse Peritonitis, und im Exsudat wurde bei bakteriologischer Untersuchung Bacterium coli commune nachgewiesen. Im Dünndarm wurden zahlreiche Askariden gefunden, und eine begrenzte Stelle im Jejunum, wo mehrere Askariden zusammengeballt lagen, bot ein spezielles pathologisch verändertes Aussehen dar, an einer starken, lokal begrenztes Entzündung und Lähmung des Darms bestehend. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

R. Thierfeld, Ein Fall von Enteritis membranacea bei einem 9jährigen Knaben. (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 16.) Der Fall besserte sich rasch, als nach 19tägiger Behandlung nach einem Ölklystier mit dem Stuhl ein zirka wallnußgroßes Stück Watte entleert worden war. Vermutlich hatte das Kind beim Essen von Zuckerwaren vom Weihnachtsbaum die Watte mit verschluckt, welche dann einige Zeit reaktionslos irgendwo im Darm steckte, bis sie enteritische Erscheinungen hervorrief. Grätzer.

L. Strominger und **A. Munteanu**, Ein besonderer Fall von ulzeröser Enteritis. (Spitalul. 31. Dezember 1903.) Die betreffende, 14jährige Pat. fühlte plötzlich während der Nacht heftige Schmerzen im Bauche, es trat Delirium auf und war das Bewußtsein gestört. Außerdem bestand Obstipation und erhöhte Temperatur. Die Abdominalschmerzen wurden immer heftiger und konzentrierten sich namentlich in der Höhe des Punktes von Mc. Burney. Es trat dann Erbrechen auf und nach einigen Tagen wurden die Stühle diarrhoisch und zeitweilig sanguinolent. Die anfangs febrile Temperatur wurde subnormal und schwankte durch 7 Tage zwischen 35,1° und 35,7°. Einmal sogar war dieselbe auf 34° gesunken. Bei der Nekropsie wurde der Wurmfortsatz normal gefunden, es bestanden zahlreiche alte und frische peritoneale Adhärenzen, Vergrößerung der Mesenterialdrüsen und hauptsächlich ausgebreitete Geschwüre im Dünn- und namentlich im Dickdarm. Dieselben waren länglich, mit rotem Grunde

und unregelmäßigem, fetzigem Rande. Mikroskopisch wurde eine Nekrose der Schleimhaut und eine leukozytäre Infiltratrion des submukösen Gewebes festgestellt, während die Muskularis normal gefunden wurde. Auch die Payerschen Plaques zeigten keinerlei pathologische Veränderungen.

Der Fall war interessant durch das anfängliche Vortäuschen einer Appendizitis und durch die lange dauernde subnormale Temperatur, deren Grund möglicherweise eine kolibazilläre Autointoxikation war. Mit Bezug auf die Ätiologie konnte nichts Sicheres festgestellt werden; nach der von Babes ausgesprochenen Meinung handelte es sich vielleicht um eine Vergiftung mit Sublimat oder Arsenik.

E. Toff (Braila).

Edm. Hoke, Zur Frage der Ausscheidung von Typhusbazillen und Typhusagglutininen durch die Milch typhuskranker Wöchnerinnen. (Aus der med. Klinik in Prag.) (Zentralblatt f. innere Medizin. 1904. No. 15.) H. hatte Gelegenheit, die Milch einer an Typhus erkrankten Wöchnerin zu untersuchen. Sie war frei von Bazillen, wie ja bekanntlich in die Milch typhuskranker Wöchnerinnen der Typhusbazillus überhaupt ohne weiteres niemals überzugehen scheint. Es wurde die Milch ferner durch Stunden zentrifugiert und mit dem fast klaren Zentrifugat einerseits die gewöhnliche Gruber-Widalsche Probe, andererseits die Fickersche Probe angestellt. Beide fielen positiv aus, und zwar noch in einer Verdünnung von 1:200; ganz analog dem Agglutinationstitre des Serums.

Grätzer.

A. Treutlein, Ein Beitrag zur primären Darmtuberkulose beim Kalb. (Aus dem hygien.-bakteriolog. Institut der Universität Würzburg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 28.) Bei der Sektion eines Kalbes zeigte es sich unzweideutig, daß hier primäre Darmtuberkulose vorlag, der Darm allein als Eingangspforte des Giftes zu betrachten war. Und in der Tat stellte es sich heraus, daß daß Muttertier mit Eutertuberkulose behaftet war.

Grätzer.

J. Engel (Wien), Säuglingsmilch und Tuberkulose. (Wiener klinisch-therap. Wochenschrift. 1904. No. 30.) E. zeigt, wie gefährlich unter Umständen auch die Ammennahrung werden, wie sie zur Verbreitung der Tuberkulose beitragen kann. Zur Beschaffung der genügenden Ammenzahl sowie zur nötigen Kontrolle derselben wäre eine im großen Stile angelegte, ärztlich geleitete, behördlich kontrollierter Anstalt, etwa in kommunaler oder staatlicher Verwaltung, geeigneter, als die vielen kleinen, meist in Privathänden befindlichen Anstalten. Nur dort könnte allen hygienischen Forderungen nach Möglichkeit enstprochen werden, eventuell systematische Tuberkuloseproben ausgeführt, die nötigen anamnestischen Ermittelungen gemacht werden.

Auch der übliche Modus der Beschaffung und des Verkaufes der Kuhmilch bringt große Gefahren. Der Kleinhandel müßte gänzlich aufhören, nur große Molkereien dürften eine Konzession erhalten.

Grätzer.

W. v. Starck (Kiel), Bemerkungen über Kuhmilchgenuß und Tuberkulosesterblichkeit. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Juni 1904.) Die Erfahrungen in Kiel sprechen dafür, daß die Milch einer perlsüchtigen Kuh virulente Eigenschaften für den Menschen besitzen kann, und daß nach wie vor daran festzuhalten ist, daß die durch die Rindertuberkulose dem Menschen drohende Gefahr durch sorgfältige hygienische Maßnahmen bekämpft werden muß. Ein wie großer Prozentsatz der bei Menschen vorkommenden Tuberkulosefälle auf die Infektion mit Rindertuberkulosebazillen zurückzuführen ist, wird so leicht niemand sagen können; an den einen Orten mögen es mehr, an anderen weniger sein. Jedenfalls dürfte es gegenüber den auf Infektion mit Menschentuberkulosebazillen berechneten Fällen nur ein Bruchteil sein. Aber die Milch und ihre rohen Produkte bilden eine Quelle der Tuberkulose für den Menschen, besonders für kleine Kinder, und da man diese Quelle schließen kann, braucht man sich nicht zu scheuen, das zu tun. Das Erhitzen der Milch vor dem Genuß ist vorläufig nicht zu entbehren. Besser wäre zweifellos eine Behandlung, welche der Milch gewisse natürliche Eigenschaften beläßt, welche die Fermente, Alexine und Antitoxine nicht zerstört. v. St. hält es für wahrscheinlich, daß bei der Entstehung der Rachitis und der Barlowschen Krankheit Fermente und Alexine der Kuhmilch eine Rolle spielen; die sogenannten antiskorbutischen Eigenschaften der rohen Kuhmilch beruhen gewiß zum Teil auf ihnen. Der Vorschlag Behrings, die Kuhmilch zwecks des Genusses in rohem Zustande mit Formalin zu versetzen, bedarf noch sorgfältiger Prüfung. Sympathischer erscheint das neue Verfahren Buddes, welcher die Milch durch Versetzen mit 0,035 % H_2O_2 bei einer Temperatur von 52° sterilisiert, ohne ihre sonstigen Eigenschaften zu verändern. Nach v. St.s eigenen, noch nicht zahlreichen Erfahrungen nehmen die Kinder solche Milch, welche keine Geschmacksveränderung zeigt, gern und gedeihen gut dabei.

Grätzer.

Backhaus, Milchhygiene und Säuglingsnahrung. (Die Therapie der Gegenwart. Juli 1904.) B. läßt sich eingehend darüber aus, wie den Säuglingen eine einwandfreie Milch zuteil werden könnte, und empfiehlt wieder die nach seinen Prinzipien hergestellte Milch als eine, die allen Ansprüchen genügt. B. ist ein Feind der Pasteurisiermethode und tritt auch v. Behring in mehreren Punkten entgegen, so betreffs des Formalinzusatzes, den er als schädlich bezeichnet.

Grätzer.

D. Rivas, Study of Formaldehyde in Milk. (Pediatrics. August 1904.) Untersuchungen über den Wert der Formalinbehandlung der Milch. Es werden folgende Sätze aufgestellt:

1. Kleine Beimischungen von Formalin (1:10,000—1:100,000) verschwinden langsam aus der Milch innerhalb 24—96 Stunden.

2. Diese Mengen üben bereits einigen Einfluß auf die Milchkeime, wie aus den Untersuchungen hervorgeht.

3. Die Milch wird zwar sauer aber nicht so schnell. Auch die Gerinnung kommt erst später vor.

4. Wenn die Milch im Handel ungewöhnlich wohl konserviert

erscheint, so ist der Verdacht gerechtfertigt, daß solche Milch mit Formalin behandelt worden war, welches dann Zeit genug hatte, um aus der Milch zu verschwinden. Leo Jacobi (New York).

Saul, Note on the detection of raw milk and formaldehyde. (Brit. med. Journ. 1903. S. 664.) Schwefelsaures Orthomethylaminophenol soll unter Hinzufügung von Wasserstoffsuperoxydlösung mit roher Milch eine tiefrote Farbe geben, während gekochte Milch ungefärbt bleibt, oder sich bei längerem Stehen nur schwach färbt. Die Probe wird folgendermaßen ausgeführt: Zu 9—10 ccm Milch fügt man 1 ccm einer frisch bereiteten, 1 °/₀igen, wässerigen Lösung des Reagens und dann einen Tropfen der käuflichen (ca. 3 °/₀igen) Wasserstoffsuperoxydlösung. Nach 30 Sekunden tritt die Färbung ein. Eine schwache Färbung ist ohne Bedeutung. Zu hüten hat man sich vor einem Überschuß von Wasserstoffsuperoxyd, weil dieses die Farbe beeinträchtigt. Dünne Säuren haben keinen Einfluß auf dieselbe, wohl aber kaustisches Alkali, ebensowenig Borsäure, Borax, Formaldehyd oder kohlensaures, bezw. doppeltkohlensaures Natron. Saure Milch soll vorher neutralisiert werden. Milch, die eine halbe Stunde auf 75 Grad gehalten wird, gibt die Reaktion nicht mehr. Letztere scheint von einem Enzym abzuhängen. Als Reagens läßt sich auch das bei der photographischen Technik gebrauchte Orthol verwenden (das noch Chinol enthält). Diese Reaktion kann, auch zur Unterscheidung des Orthomethylaminophenols von dem isomeren Paramethylaminophenol (Methol) dienen, das der Milch eine braune Farbe (wie Milchkaffee) verleiht. Das Reagens allein gibt auch eine schwache Färbung bei Gegenwart von Formaldehyd, indessen ist diese Reaktion nicht so zuverlässig wie die gebräuchlichen.

Schreiber (Göttingen).

Trumpp, Versorgung der Städte mit Kindermilch. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 38.) T. teilt die Vorschläge und Forderungen mit, die er auf der Delegiertenversammlung der vaterländischen Frauenvereine vom Roten Kreuz zu Berlin aufgestellt hat. Sie lauten:

1. Im Deutschen Reich sterben alljährlich etwa 200000 Säuglinge an den Folgen von Magendarmkrankheiten; in $^3/_4$ aller Fälle ist die Erkrankung auf den Genuß unzweckmäßiger oder verdorbener Nahrung, speziell von Kuhmilch zurückzuführen. Die Beschaffung einwandfreier Kindermilch sollte deshalb nicht länger dem Wollen und Können der Milchproduzenten und Milchhändler überlassen bleiben, sondern als nationale Aufgabe betrachtet werden, deren Lösung vornehmste Pflicht des Staates, der einzelnen Kommunen und solcher Vereine ist, welche sich statutarisch verpflichtet haben, sich bei allen Aufgaben zu beteiligen, welche die Linderung schwerer Notstände im Auge haben.

2. Zu diesen Vereinen zählen die Frauenvereine vom Roten Kreuze. Sie scheinen vor allen anderen zu diesem wichtigen Werke geeignet, durch die Zahl und soziale Stellung ihrer Mitglieder (die Vaterländischen Frauenvereine zählen allein über 250000 Mitglieder), durch ihre beträchtlichen Geldmittel und ihre einflußreichen intimen Beziehungen zu allen Schichten der Bevölkerung.

3. Das Rote Kreuz soll die organisatorische Arbeit übernehmen und das nötige Aufsichtspersonal stellen.

Der Staat soll mit seiner Autorität das Rote Kreuz unterstützen und für Aufstellung einer genügenden Anzahl beeideter Ärzte und Tierärzte sorgen.

Die Städte sollen das Unternehmen pekuniär unterstützen.

4. Die Organisation ist in der Weise gedacht: Es sollen große Gutsverwaltungen in der Nähe der Städte dafür gewonnen werden, daß sie Stallung und Milchbetrieb nach genau festzusetzenden Vorschriften einrichten.

Die wichtigsten dieser Vorschriften sind:

Der Betrieb muß in allen Einzelheiten den größten Anforderungen an Reinlichkeit entsprechen.

Personal und Kühe müssen gesund sein und alle 2 Wochen ärztlicher bezw. tierärztlicher Kontrolle unterstellt werden.

Trockenfütterung der Kühe ist (nach v. Soxhlet und Dunbar) nicht unbedingt notwendig, dagegen sind in Gärung übergehende oder solche Futtermittel ausgeschlossen, welche notorisch den Gesundheitszustand der Kühe beeinträchtigen.

Die Aufsicht über Gesundheit von Personal und Kühen führen staatlich angestellte Ärzte bezw. Tierärzte; die Aufsicht über den Milchbetrieb führen Vertrauenspersonen des Roten Kreuzes.

5. Von den Gutsverwaltungen wird Vollmilch, Magermilch und Rahm in großen vollgefüllten Gefäßen entsprechend gekühlt an Zentralen in der Stadt abgeliefert. Die Entfernung des Gutes von der Stadt darf nicht mehr als eine Bahnstunde betragen. Der Staat hat die Verpflichtung, für schleunigste Beförderung der Milch, eventuell durch Einstellung eigener Milchzüge, zu sorgen.

In den städtischen Zentralen, deren Einrichtung und Betriebskosten die Kommunen zu tragen haben, wird das gelieferte Rohmaterial unter Aufgabe von Vertrauenspersonen des Roten Kreuzes (Ehrenamt) nach Angabe der ortsansässigen Ärzte verarbeitet, d. h. mit den nötigen Zutaten versehen, in Einzelportionen nach Soxhletschem System abgefüllt und sterilisiert oder pasteurisiert. (Die Nahrung wird, dem Bedürfnis der Säuglinge in den verschiedenen Altersperioden entsprechend, völlig gebrauchsfertig gerichtet, und ist zur Verabreichung derselben weiter nichts nötig, als die Fläschchen zu erwärmen und den Saughut abzusetzen.)

6. Von den Zentralen aus geht die Milch in Einzelgebinden, welche den Tagesbedarf eines Säuglings decken, an Filialen ab, welche möglichst zahlreich und den Abnehmern bequem gelegen sein müssen. Als Filialen kommen frequentierte, reinliche Geschäftlokale, auch Apotheken in Betracht. Die Bestellung mit Altersangabe des Säuglings erfolgt in den Zentralen.

7. Die Milch wird an Arbeiterfamilien um den Selbstkostenpreis, an Bemittelte um einige Pfennige teurer, an Unbemittelte — eventuell mit Hilfe von städtischen Zuschüssen — umsonst abgegeben.

8. Jeder Abnehmer haftet durch einen kleinen Einsatz dafür, daß die Flaschen unversehrt und gereinigt an die Filialen zurückgegeben werden.

Der Erfolg des ganzen Unternehmens hängt hauptsächlich von der Durchführung zweier Maßregeln ab: 1. in sanitärer Beziehung von einer Verschärfung der Gesundheits- und Reinlichkeitskontrolle sowohl auf den Milchgütern (!) wie in den Zentralen (die bestehenden Mißstände beruhen weniger auf ungenügenden Vorschriften und Molkereieinrichtungen als vielmehr auf Ungenauigkeiten im Betrieb); 2. in pekuniärer Beziehung von einer Erleichterung, Verbilligung des Geschäftsbetriebes durch weniger rigorose Vorschriften der Futtermittel.

Grätzer.

Henry D. Chapin, The influence of breast-feeding on the infants development. (Archives of Pediatrics. August 1904.) Eine mahnende Stimme in dem verwirrenden Chor von Lobreden auf die künstliche Säuglingsernährung.

Verf., der sich um die entwicklungsgeschichtliche Begründung der natürlichen Säuglingsernährung verdient gemacht hat, betont die Gefahren der künstlichen Ernährung.

Man verlasse sich nicht auf Gewichtszunahme allein, sondern beachte auch, ob das Kind Fleisch ansetzt oder lauter gedunsenes Fett. Physiologisch betrachtet, steht der Säugling durch die Muttermilch mit seiner Mutter in Verbindung. Durch die künstliche Ernährung wird diese höchst zweckentsprechende Verbindung gewaltsam gelöst. Statt der Nahrung, welche sich an die Verdauungsorgane anpaßt und jedem Entwicklungsstadium gemäß sich ändert, bekommt der Säugling heterogene Mischungen, die zum Teil ganz unbrauchbare, zum Teil für den tierischen Magen bestimmte Elemente enthalten. Kein Wunder, daß auch die Erfolge danach ausfallen.

Mit allen unseren chemischen Kenntnissen sind wir noch lange nicht imstande, die Muttermilch nachzuahmen.

Es bleibt somit nach wie vor die natürliche Ernährung an der Mutterbrust die allerbeste.

Leo Jacobi (New York).

Alfr. Groth, Die wahrscheinliche Ausdehnung der natürlichen und künstlichen Ernährung in München und ihr Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 21.) G., Assistent an der k. k. Zentralimpfanstalt, hat sich, einer Anregung von Prof. M. Hahn folgend, der Aufgabe unterzogen, gelegentlich der öffentlichen Impftermine durch Ausfragen der die Impflinge begleitenden Angehörigen, sich über die Art der Ernährung, Dauer usw. zu orientieren und so größere Zahlenreihen zu erhalten. Es kam so ein Material von 2816 Kindern zusammen, welches G. statistisch verwertete.

Als Resultat ergab sich u. a. zunächst die Tatsache, daß in München die natürliche Ernährung sehr wenig stattfindet, daß Kinder, die gar nicht oder nur ungenügend gestillt wurden, etwa 14mal mehr gefährdet sind als solche, die hinreichend von der Mutter genährt wurden, daß nicht gestillte Kinder sehr viel häufiger tödlich erkranken, als gestillte, und daß Kinder, die kürzer als einen Monat an der Mutterbrust waren, keinen wesentlichen Vorteil den nicht gestillten Kindern voraus haben.

Es ist höchst wünschenswert, daß allenthalben auf demselben Wege weitere Erhebungen stattfinden, um ärztlichen Forderungen

bezüglich der Säuglingsernährung durch möglichst große und einwandfreie Ziffern einen festen Boden zu verleihen. Grätzer.

Alex. Manolescu, Die Sterblichkeit der kleinen Kinder. (România medicala. 1904. No. 9.) Verf. weist auf die große Sterblichkeit der Kinder in zartem Alter in Rumänien hin. Die Ursache ist hauptsächlich in der mangelhaften Pflege, in der schlechten Ernährung und in den zahlreichen Nabelschnurinfektionen zu suchen. So gaben z. B. in einem Bezirke die Kinder im Alter bis zu 6 Monaten 21 $^0/_0$ der Gesamtmortalität, in einem anderen Bezirke sogar 24 $^0/_0$, während die Sterblichkeit von 6 Monaten bis zu einem Jahre nur 6 $^0/_0$, bezw. 4 $^0/_0$ betrug. Der Mangel an guten Hebammen auf dem flachen Lande trägt einen großen Teil der Schuld an diesen Zuständen, da die Assistenz bei den Geburten meist von alten Weibern geleistet wird, deren empirische Kenntnisse sehr mangelhaft sind.

E. Toff (Braila).

Séailles (Paris), Une consultation de nourrissons à Paris. (Archives de médecine des enf. 1904. No. 3.) Verf. leitet seit 4 Jahren eine jener gemeinnützigen Stationen, welche in Frankreich unter dem Namen „gouttes de lait" bezeichnet werden. Seit Budin im Jahre 1892 diese Idee angeregt hat, sind derartige Institute in größerer Anzahl auch in anderen Städten und Ländern errichtet worden und konnte man sich überall von dem Nutzen, welchen dieselben namentlich der armen Bevölkerung bringen, überzeugen. Die Frauen erhalten nicht nur hygienische Ratschläge, sondern es wird denselben auch die für die Ernährung der Kinder notwendige, fertig sterilisierte Milch in genügender Menge übergeben. Die Kinder werden jede Woche gewogen und man hat auf diese Weise eine stete Kontrolle über deren gutes Gedeihen. Unter den 136 Kindern, welche im Laufe der 4 Jahre die Anstalt frequentierten und dieselbe verließen, starben nur zwei an Gastroenteritis, und zwar eines, welches bereits in einem vorgeschrittenen Stadium von Athrepsie gebracht wurde, und eines, welches einer fremden Anstalt zur Pflege übergeben wurde, da die Mutter sich Armuts halber mit demselben nicht beschäftigen konnte. So daß eigentlich gesagt werden kann, daß kein einziges der die Konsultation besuchenden Kinder an einer Magendarmkrankheit erlegen sei. Eine andere interessante Bemerkung ist auch diese, daß die in dem betreffenden Dispensarium ausgeteilte Milch immer rein und nicht mit Wasser vermengt ausgeteilt werde und auch so benützt wird, gleichgültig, welches Alter das betreffende Kind hat; S. hat hiervon keinerlei Nachteile gesehen. E. Toff (Braila).

H. Brüning (Leipzig), Vergleichende Studien über den Wert der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung bei Tieren. (Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 27—31.) B. machte an drei jungen Ziegen von Geburt an Ernährungsversuche, indem er das eine Tier am Euter aufzog, dem zweiten sterilisierte Muttermilch, dem dritten sterilisierte Kuhmilch gab.

A. legt nun in seiner sehr fleißigen und eingehenden Arbeit die genau studierten Verhältnisse, die sich aus diesen Ernährungsweisen ergaben — zum Teil in zahlreichen Tabellen —, dar. Die Quintessenz

ist die, daß die Euterernährung sich am besten bewährte. Das Tier, welches diese natürliche Ernährung genoß, ursprünglich das schwächste von den dreien, verdoppelte am ersten sein ursprüngliches Gewicht, nämlich am 15. Tage, die andern Tiere erreichten erst einige Tage später dies Ziel.

Grätzer.

Ganghofner u. **J. Langer,** Über die Resorption genuiner Eiweißkörper im Magendarmkanal neugeborener Tiere und Säuglinge. (Aus der pädiatr. Klinik der deutschen Universität in Prag.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 34.) Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen fassen die Verff. wie folgt zusammen:

1. Im Magendarmkanal neugeborener Tiere wird das per os eingeführte körperfremde Eiweiß zum Teil unverändert resorbiert. Bei unseren Versuchstieren ließ sich diese Eigentümlichkeit bis an das Ende der ersten Lebenswoche nachweisen, vom achten Tage an wurde sie konstant vermißt.

2. Auch beim menschlichen Säugling ließ sich ein ähnliches Verhalten feststellen, möglicherweise dauert bei ihm dieser Übergang von unverändertem Eiweiß in das Blut etwas länger, was erst durch weitere diesbezügliche Studien klargelegt werden kann.

3. Der Magendarmkanal älterer Tiere läßt artfremdes Eiweiß bei stomachaler Einverleibung unter normalen Verhältnissen nicht durch. Findet jedoch eine übermäßige Eiweißzufuhr statt oder besteht eine anatomische bezw. funktionelle Schädigung des Magendarmepithels, dann läßt sich auch bei älteren Tieren ein Übertritt von unverändertem Eiweiß in die Blutbahn konstatieren.

4. Die Resorption unveränderten Eiweißes im Magendarmkanal löst, wie wir in einem Fall beim neugeborenen Zickel nachweisen konnten, Antikörperbildung aus. Erfahrungsgemäß führt dieser Prozeß als Folge parenteraler Eiweißzufuhr bei den Versuchstieren meist zu Erkrankung, immer zu Abmagerung, oft zum Tode. Von diesem Gesichtspunkte aus muß daran gedacht werden, daß die Zufuhr von körperfremdem Eiweiß beim normalen Neugeborenen als auch beim magendarmkranken älteren Säugling dadurch schädigend wirken kann, daß es unverändert ins Blut gelangt und die spezifische Reaktion des Organismus auslöst.

Grätzer.

Fürst (Berlin), Zur Frage des Entkeimens der Kindermilch im Hause. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 1 u. 2.) Verf. resumiert die Geschichte der Milchzubereitung von der vorbakteriologischen Zeit bis zur Gegenwart, bespricht die Notwendigkeit des Keimeabtötens bei möglichster Intakterhaltung der Milch und empfiehlt den Kobrakschen Apparat, der es der Hausfrau ermögliche, die Milch für 24 Stunden in Einzelportionen zu pasteurisieren ($1\frac{1}{2}$ Stunden lang bei 65^0, zum Schluß 58^0 C.). Der Apparat soll leicht zu bedienen sein und ersetzt die nicht einwandfreien Gummischeibenverschlüsse durch aufgesetzte Glashütchen.

Ref. glaubt darauf hinweisen zu müssen, daß von vielen Seiten eine Temperatur von 65^0 C. zur Abtötung der Aktivformen pathogener Milchkeime nicht für genügend gehalten und eine solche von 68^0 C. verlangt wird.

Hutzler (München).

H. Köppe (Gießen), Einfaches Modell einer Milchpumpe. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 32.) K. empfiehlt eine von ihm vor 10 Jahren gelegentlich improvisierte und seitdem ausgiebig erprobte Milchpumpe, die aus einem Brustwarzenhütchen aus Glas, einer Nasendusche nach Stimmel, einem Glasrohr und zwei kurzen Gummischlauchstücken zur Verbindung der Teile besteht, also sehr billig und leicht zu beschaffen ist. Sie genügt allen Anforderungen und leistet schätzenswerte Dienste. Grätzer.

Jussuf Ibrahim, Über Milchpumpen und deren Anwendung, mit Angabe eines neuen Modells. (Aus der Univers.-Kinderklinik Heidelberg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 24.) Die Milchpumpe wird viel zu selten in der Praxis benutzt, was wohl darin begründet ist, daß die bisherigen Apparate durchaus nicht zweckentsprechend sind. I. erklärt diese Mängel und beschreibt ein neues Modell (von C. Desaga, Heidelberg für 2 Mk. hergestellt), das diese Mängel vermeidet und sich seit einem Jahre bestens bewährt hat.

Was die Indikationen zur Anwendung der Milchpumpe anbetrifft, so erklärt I. folgendes:

Auf Säuglingsstationen, wo Ammen zur Verfügung stehen, ist man durch sie in der glücklichen Lage, auch solchen Kindern Muttermilch zukommen zu lassen, die man nicht an die Amme anlegen kann, sei es, daß sie der Lues verdächtig sind, oder daß sie zu schwach sind, selbst zu saugen (Frühgeburten, schwere akute Verdauungsstörungen). Wir können ferner Kindern, die nur ganz bestimmte Quantitäten Nahrung auf einmal erhalten sollen, die genau dosierten Mengen Muttermilch verabreichen, können dieselben, wenn es nötig ist, zuvor auf Eis kühlen. I. war in 2 Fällen von kongenitaler Pylorusstenose in der Lage, eine derartige Ernährung wochenlang durchführen zu können und schreibt den guten Erfolg der Behandlung wesentlich diesem Umstande zu.

Außerhalb der Klinik wird die Milchpumpe in der Regel den Zweck erfüllen, einem Kinde, das aus irgend einem Grunde nicht an der Brust trinken kann oder soll, diese seine sicherste Lebensquelle vor dem Versiegen zu bewahren.

Hier sind es zunächst wieder die Frühgeburten, die in Betracht kommen. Schmidt berichtet z. B. von einem Falle, bei dem das Kind erst nach 13 Wochen imstande war, selbst zu saugen. So lange war es gelungen, ausschließlich durch Abpumpen die Milchsekretion zu erhalten. In anderen Fällen handelt es sich um vorübergehende Erkrankungen, namentlich febriler Natur, infolge derer das Kind temporär nicht an der Brust trinkt, Soor und Schnupfen sind hier die häufigsten Ursachen; oder es soll infolge akuter Erkrankung des Magendarmkanals für ein paar Tage die Milchzufuhr ganz oder teilweise ausgesetzt werden. Wenn in solchen Fällen die Brust nicht regelmäßig entleert wird, so kann man, wie I. mehrfache Beobachtungen gelehrt haben, nach Ablauf von 2—3 Tagen schon häufig ein völliges Erlöschen oder doch eine starke Abnahme der bis dahin reichlichen Milchsekretion erleben.

Man wird ja nie erwarten dürfen, mit der Milchpumpe die gleichen

Mengen Milch zu erhalten, die ein kräftig saugendes Kind abtrinkt, aber $^1/_2$—$^3/_4$ Liter täglich läßt sich bei einiger Übung und gut sezernierenden Brustdrüsen in der Regel erzielen. Die meiste Milch erhält man, wenn man an der einen Brust abpumpt, während man gleichzeitig an der andern Brust ein Kind trinken läßt. Das ist allerdings wohl nur auf Säuglingsstationen durchführbar.

Es kann aber auch vorkommen, daß eine Erkrankung der Mutter es wünschenswert macht, daß der Säugling nicht an der Brust trinkt, so Schrunden an den Brustwarzen, wenn das Kind nicht mit Warzenhütchen trinkt, was nach I.s Erfahrung gar nicht so selten vorkommt; selbst bei Mastitis mit partieller Abszedierung ist es I. öfter gelungen, durch regelmäßiges Abpumpen die Milch zu erhalten, so daß das Kind später wieder die unter allen Umständen minderwertigere künstliche Nahrung mit der natürlichen umtauschen konnte. Auch sonstige fieberhafte Erkrankungen der Mutter oder Amme, die den Wert der Milch beeinträchtigen oder die Entfernung des Säuglings für ein paar Tage notwendig machen, können zu gleichem Handeln veranlassen.

Ganz besonders aber möchte I. noch eine Indikation hervorheben, die gerade für die Praxis wichtig scheint, und gegen die nur zu oft gefehlt wird. Wenn ein älteres Kind, das schon wochen- oder monatelang künstlich ernährt ist, wieder an die Amme gelegt werden soll, so pflegt das zunächst mit großen Schwierigkeiten verknüpft zu sein. Das Kind muß die Technik des Saugens an der Brust erst wieder erlernen, und es vergehen in der Regel mehrere Tage, bis dies erreicht ist, namentlich wenn das Kind, wie in diesen Fällen gewöhnlich, schwach und elend oder aber akut schwer erkrankt ist. Wenn nun das Kind endlich nach vielen vergeblichen Versuchen so weit ist, daß es die Brust nimmt, so ist die Milch nicht selten bereits völlig versiegt, besonders wenn die Amme erst kurz zuvor entbunden ist, pflegt dies der Fall zu sein. Dadurch ist aber nicht nur die Amme geschädigt; sondern auch das Kind; denn man ist wohl nur ausnahmsweise in der Lage, gleich eine zweite Amme beschaffen zu können. Gerade in derartigen Fällen hat sich der ausgiebige Gebrauch einer guten Milchpumpe sehr bewährt. Die Milchmenge pflegt dann auch in kürzester Zeit wieder die frühere Höhe zu erreichen, sobald das Kind wieder anfängt, regulär zu trinken.

Wir sehen also, daß die Milchpumpe in den verschiedensten Lagen mit Erfolg Verwendung finden kann, und bei der weitverbreiteten Unfähigkeit der Frauen, Kinder zu stillen, sollte sicherlich nichts unterlassen werden, was denen, die dieser Pflicht nachkommen können und wollen, ermöglicht, dies zu tun. Grätzer.

Ad. Jolles (Wien), Beiträge zur Kenntnis der Frauenmilch. (Zeitschrift f. Biologie. Bd. 45.) Aus seinen Untersuchungen zieht J. folgende Schlüsse:

Gemäß der Reaktion mit Guajaktinktur, Paraphenylendiamin und Dimethyl-Paraphenylendiamin enthält Frauenmilch keine Oxydasen, in der Regel auch keine Peroxydasen. Dagegen enthält sie entsprechend der Reaktion mit neutralem H_2O_2 Katalasen.

Unter sonst gleichen Bedingungen zersetzt Frauenmilch im all-

gemeinen eine etwa 5—6mal größere Menge Wasserstoffsuperoxyd als Kuhmilch, woraus jedoch auf keine Proportionalität zwischen der Menge der Katalasen und der zersetzten H_2O_2-Menge geschlossen werden darf.

Die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyds durch die Fermente der Frauenmilch ist eine Reaktion, welche bei größeren H_2O_2-Mengen größere Werte annimmt. Verdünnung des Reaktionsgemisches mit Wasser übt fast gar keinen Einfluß aus. Der Anfangswert der Reaktionsgeschwindigkeit ist ein bedeutender und sinkt bei längerer Zeitdauer zu sehr geringen Werten herab. Diese Abnahme der Reaktionsgeschwindigkeit ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß während der Reaktion die Wirksamkeit der Katalasen abnimmt. Die Zersetzung des H_2O_2 durch die Katalasen der Frauenmilch wird wesentlich geschwächt durch Zusatz von Mineralsäuren, Quecksilber- und Fluorverbindungen; organische Säuren sind von geringerem Einflusse. Neutralsalze, Basen innerhalb gewisser Grenzen und Alkohol sind fast ohne Einfluß. Erhitzen auf 75° C. zerstört die Katalasen vollständig. Der Bestandteil der Milch, welcher die katalytischen Wirkungen hervorbringt, ist durch Alkohol quantitativ fällbar.

Grätzer.

L. M. Spolverini, Welches sind die gewöhnlichsten Ursachen dafür, daß während des Stillens die Muttermilch wieder eine kolostrale Beschaffenheit annimmt und welches sind die Folgen davon? (Rivista di Clinica Pediatrica. Februar 1904.) Die Arbeit basiert auf der Untersuchung von 115 Fällen. Die Technik der Untersuchung der verschiedenen Milchproben ging von der durch Gillet gefundenen Tatsache aus, daß, wenn die Milch sich in Kolostrum umgewandelt hat oder wenn sie dazu tendiert, sich ein oxydierendes Ferment in ihr nachweisen läßt. Da aber Verf. bei seinen Untersuchungen fand, daß von dieser Regel auch Ausnahmen bestehen, so hat er es für nötig befunden, in jedem Fall auch die mikroskopische Untersuchung nicht außer acht zu lassen.

Verf. unterscheidet bei den von seiten der Mutter in Betracht kommenden Ursachen für die Veränderung der Milch solche, die auf psychischem Gebiete liegen (Erregungen, Ärger usw.) und physiologische wie pathologische Ursachen, wie Menstruation, Schwangerschaft und allgemeine Erkrankungen der Mutter. Diesen als innere Ursachen bezeichneten stellt er als äußere gegenüber: unregelmäßiges oder unterbrochenes Stillen und Krankheiten der Säuglinge. Auf das Zustandekommen des Vorgangs hat weder das Alter noch die sozialen Verhältnisse der Frau irgendwelchen Einfluß noch die Zeit, in der die Geburt stattgefunden hat. Die bei den Säuglingen auftretenden Darmstörungen müssen als eine Folge des anormalen Zustandes betrachtet werden, in dem sich die Milch durch die Annahme einer kolostralen Beschaffenheit befindet. Diese Darmstörungen sind fast stets von kurzer Dauer und erfordern daher, abgesehen von sehr seltenen Ausnahmen, nicht die Unterbrechung des Stillens, auch nicht zeitweise.

F.

G. Lévy, Cytoprognostic de la lactation. (Thèse de Lyon. 1903.) Diese auf Grund der Arbeiten von Weill und Thévenet

gemachten Untersuchungen gestatten dem Verf. die von den erwähnten Autoren ausgesprochenen Ansichten zu bestätigen. Dieselben sind in Kürze folgende. Alle zelligen Elemente des Kolostrums sind Leukozyten; untersucht man zentrifugierte Milch oder ebenso behandeltes Kolostrum, so bedeutet die Anwesenheit von zahlreichen Polynuklearen eine starke Milchsekretion und gibt ein gutes Indizium für die gegenwärtige und auch zukünftige Laktation; eine große Anzahl von Lymphozyten geben eine schlechte Prognose für das Säugegeschäft und würde zeigen, daß es sich mehr um eine einfache Serumtranssudation, als um wahre Milchsekretion handle. Die Untersuchung wird vorteilhaft während des Auftretens der Milchsekretion gemacht und haben die in 20 Fällen von L. gemachten Untersuchungen obige Ansichten bestätigt.

E. Toff (Braila).

E. Döbeli, Über große Pausen in der Säuglingsernährung. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 17.) D. tritt energisch für 4stündige Pausen zwischen den einzelnen Mahlzeiten ein. Sind so lange Intervalle schon beim gesunden Säugling zweckmäßig, so sind sie geradezu ein Erfordernis beim magendarmkranken Säugling.

Grätzer.

K. Beck, Zur Energiebilanz des Säuglings. (Aus der Kinderklinik der kgl. Charité in Berlin.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. August 1904.) Nach sorgfältiger Prüfung des betreffenden Materials kann B. die Ansichten Heubners durchaus bestätigen. Die Erfahrung in Deutschland lehrt, daß eine tägliche Zufuhr von weniger als 100 Kalorien pro Kilo Kind in den ersten Monaten des Lebens keinen genügenden Körperansatz bewirkt, und daß der Satz zu Recht besteht. daß, um ein befriedigendes Wachstum zu erzielen, der Energiequotient im ersten Lebenshalbjahr bei natürlicher Ernährung nicht unter 100, bei künstlicher nicht unter 120 Kalorien sinken darf.

B. weist energisch den Vorwurf zurück, daß es sich hier um bloße theoretische interessante Dinge handelt. Die Sache hat vielmehr hohe praktische Bedeutung. Die Berechnung des Energiequotienten gibt die einfachste und die sicherste Richtschnur für die ganze Säuglingsernährung. Man braucht nur das Gewicht eines Kindes zu kennen, um die Quantität der zuzuführenden Nahrung festzustellen, die seinen Energiebedarf deckt. Nur dadurch wird jede Überernährung und Unterernährung vermieden. Wie die Kalorien gedeckt werden, ist selbstverständlich auch nicht gleichgültig, die zweckentsprechendste Nahrung für den Neugeborenen ist ja Muttermilch. Bei künstlicher Ernährung kommt man beim gesunden Kinde fast stets mit den einfachen Milchverdünnungen aus, während man bei schwachen und kranken Säuglingen häufig zu den verschiedenen Ersatzmitteln der Kuhmilch greifen muß. Das Prinzip sei stets, in möglichst kleinem Volumen einer leicht verdaulichen Nahrung eine möglichst hohe Energiezufuhr dem Kinde zu bieten.

Zum Schluß gibt B. zur Orientierung für die Praxis die Kalorienwerte der wichtigsten in der Charité angewandten Säuglingsnahrungen:

Kubikzentimeter	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
Frauenmilch	70	140	210	280	350	420	490	560	630	700
Kuhmilch (Vollmilch) . .	65	130	195	260	325	390	455	520	585	650
1/3 Milch	22	43	65	87	108	130	151	173	195	217
1/2 Milch	33	65	98	130	163	195	228	260	293	325
2/3 Milch	44	86	130	174	216	260	302	346	390	434
Rademanns Kindermehl 5%	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160
1/3 Milch + Rademann . .	40	80	120	160	200	240	280	320	360	400
1/2 Milch + Rademann . .	46	92	138	184	230	276	322	368	514	460
2/3 Milch + Rademann . .	52,5	105	157,5	210	262,5	315	367,5	420	477,5	528
Buttermilch (nach de Jager)	71	143	214	286	357	428	500	571	640	714
Liebigsche Suppe (nach Keller)	80	160	240	320	400	480	560	640	720	800

Grätzer.

P. Nobécourt und **Prosper Merklen** (Paris), Note über die Absorption der Fette bei Kindern. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Aug. 1904.) Die Verff. haben 15 Kinder aus der Abteilung des Prof. Hutinel, die im Alter von 17 Tagen bis 35 Monaten sich befanden, einer eingehenden Untersuchung mit Bezug auf die Resorption von Fettsubstanz unterworfen und sind zu folgenden Resultaten gelangt. Der Unterschied zwischen der ingerierten und der in den Fäces eliminierten Buttermenge wurde als Menge der resorbierten Fettsubstanz betrachtet und es ergab sich, daß gesunde Kinder ein großes Absorptionsvermögen für Fette besitzen, selbst die vorzeitig geborenen, während dyspeptische oder schwächliche Kinder eine Verminderung dieser Resorption aufweisen. Gewisse Darm- oder Lungeninfektionen bei Säuglingen haben eine mehr oder weniger lange andauernde Verminderung der Fettabsorption zur Folge. Mit der Besserung des krankhaften Zustandes geht auch eine Vermehrung der intestinalen Fettaufsaugung einher. Bei Myxödem wurde eine Verminderung der in Rede stehenden Absorption und eine Vermehrung derselben unter dem Einflusse der thyreoidalen Behandlung konstatiert. Diese Untersuchungen lassen auch die guten Resultate verstehen, welche man in gewissen Fällen durch abgerahmte Milch oder Buttermilch in der Ernährung der Säuglinge erzielt. E. Toff (Braila).

Giorgio Rotondi, Beitrag zum Studium des Labferments. (Rivista di Clinica Pediatrica. 1904. No. 2.) Verf. hat durch eigene Untersuchungen die Angaben Hammarstens über die Wirkung des Labferments auf die Milch bestätigen können. Er kommt zu folgenden allgemeinen Schlußfolgerungen:

Während der Gerinnung der Milch durch Einwirkung des Labferments bildet sich eine neue Proteinsubstanz (Seroprotein der Milch), die von einer Spaltung des Kaseinogens herrührt und im Serum gelöst bleibt.

Der Stickstoff, der zur Bildung des Seroproteins verwendet wird, bildet ungefähr den zehnten Teil des Gesamtstickstoffs der Milch.

Dem Seroprotein gebührt eine Mittelstellung zwischen den primären Albumosen und den Proteinen. F.

Spolverini (Rom), Neue Untersuchungen über die Anwesenheit der löslichen Fermente in der Milch. (Archives de méd. des enf. 1904. No. 3.) Bekanntlich haben Van de Velde und De

Landtscheer die Versuche Sp.s, daß nämlich durch das Verfüttern von keimender Gerste an Milchkühe, das in derselben enthaltene amylolytische Ferment in die Milch übergehe, nachgeprüft und behauptet, daß es nicht möglich, sei auf dem angegebenen Wege das betreffende Ferment in die Kuhmilch überzuführen. S. wendet sich nun in einer neuen Arbeit gegen diese Behauptung, widerlegt mehrere von den erwähnten Verfassern angeführte Beweise und führt an, daß der Hauptgrund ihrer fehlgeschlagenen Versuche in der geringen verfütterten Gerstenmenge liege. Da ein Teil der eingeführten Fermente für die Verdauungszwecke des Versuchstieres selbst benützt wird, so geht nur der Überschuß in die Milch, und, wie er bei seinen neuen Versuchen feststellen konnte, auch in den Urin über. Die eingeführte Menge muß also eine erheblich größere sein, was er dadurch erreicht, daß er nicht 1 kg keimender Gerste verfüttert, wie die beiden Verfasser, sondern 3—4 kg und hat er immer, auch bei seinen neueu Versuchen, das Auftreten des amylolytischen Fermentes nicht nur in der Milch, sondern auch in hervorragender Menge im Harne feststellen können. Daß das Übergehen derartiger Fermente in die Milch möglibh und klinisch verwertbar sei, hat S. auch auf diese Weise nachgewiesen, daß er jenen stillenden Frauen, deren Kinder an gastrointestinaler Dyspepsie litten, 2 g Pankreatin per Tag eingab und feststellen konnte, daß diese indirekte Medikation von ausgezeichnetem Einflusse auf die Krankheit der Kinder war. Bereits nach Einnahme dieses Mittels von seiten der Mütter war die Verdauung der Kinder normal; setzte man dasselbe aus, so trat der frühere krankhafte Zustand wieder auf. S. schließt aus seinen Versuchen, daß die in der Muttermilch enthaltenen Fermente von großer Wichtigkeit für die kindliche Verdauung sind und daß es möglich sei, dieselben auf künstliche Weise zu vermehren.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

17. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Düsseldorf am 5. Juni 1904.

I. Maas (Aachen): **Probleme der Kindersprache.** Das Gesetz, daß die mit größerer physiologischer Anstrengung zustande kommenden Laute ersetzt würden durch die mit geringerer physiologischer Anstrengung gebildeten, beruht auf einem Irrtum, weil man nur das Stadium der Lautnachahmung in Betracht zog und übersah, daß im ersten Lallstadium, zu einer Zeit also, wo das Kind unbewußt Laute produziert, alle Laute der späteren Sprache vorkommen. Wenn das Kind also in späteren Stadien einzelne Laute durch andere ersetzt, so beruht dies nicht darauf, daß die ausgestoßenen Laute an und für sich schwieriger sind als andere, sondern daß die Verbindung zweier Laute unter Umständen eine schwierigere ist. Die Erscheinung, daß die Lippenlaute besonders häufig gebraucht werden, erklärt sich daraus, daß die Lippen durch das Saugen besonders vorgeübt sind und daß die Kinder diese Laute am besten vom Munde der Erwachsenen ablesen können.

Die Wortbildungen des Kindes sind nur Verstümmelungen gehörter Worte,

niemals aber freie Erfindungen. Der Schein einer Worterfindung wird meistens dadurch hervorgerufen, daß die Verstümmelungen so hochgradig sind, daß das ursprüngliche Wort nicht mehr erkannt wird, oder aber, daß das Kind ein gehörtes und verstümmeltes Wort auf einen anderen Gegenstand anwendet, als dies der Erwachsene getan hat.

Die ersten Wortbedeutungen des Kindes haben wir als Wunschworte aufzufassen und nicht als Bezeichnungen von Gegenständen und Personen. Dieser Gefühls- und Wunschcharakter der ersten Worte tritt dann allmählich zurück gegenüber der mehr gegenständlichen Bezeichnung dessen was wahrgenommen wird. Aber auch diese Wortbedeutungen entstehen nach ganz einfachen Gesetzen. Bezüglich der Frage, ob die Entwicklung der Kindersprache eine Wiederholung der Sprachentwicklung der Menschheit sei, muß zugegeben werden, daß gewisse Analogien zwischen Kindersprache und der Sprache tiefer stehender Völker existieren. Andererseits aber wird die Entwicklung der Kindersprache durch die Sprache der Umgebung so beeinflußt, daß von einer Wiederholung einer Sprachentwicklung nicht die Rede sein kann.

II. Die Tuberkulose des Säuglingsalters.

a) Die Eintrittspforten der Tuberkulose. Ref. B. Fischer (Bonn):[1] Die beiden großen Tuberkulosedebatten der letzten Jahre, die sich an die Namen Koch und v. Behring anknüpfen, haben fast denselben Verlauf gehabt. Statt fundamentale Neuerungen einzuführen, haben sie die alten Anschauungen im wesentlichen nur gefestigt. Für das Zustandekommen einer lokalen Tuberkulose ist nicht nur die Infektion mit dem Tuberkelbazillus erforderlich, sondern sind noch zahlreiche endogene Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung, die wir unter dem Namen der Disposition zusammenfassen. Eine absolute Immunität gegen Tuberkulose kommt beim Menschen wahrscheinlich überhaupt nicht vor. Die Tuberkelbazillen selbst können sehr verschiedene Virulenz besitzen. Die anatomischen Arbeiten der letzten Jahre (Naegeli, Burkhard u. a.) haben gezeigt, daß sich tuberkulöse Herde fast bei jedem Erwachsenen finden, daß die Infektion mit zunehmendem Alter immer mehr Menschen befällt. Trotzdem ist eine ubiquitäre Verbreitung der Bazillen nicht anzunehmen, sondern die erkrankten Individuen sind in letzter Linie stets die Infektionsquellen. Gegenüber allen Uniformierungsversuchen ist zu betonen, daß die Wege der Infektion sehr verschiedene sind: 1. eine Vererbung der Tuberkulose gibt es nicht, wohl aber ist eine intrauterine Infektion möglich und nach Schmorls Untersuchungen über die Placentartuberkulose sogar viel häufiger als man bisher annahm. Von letzterer aus können alle Arten der Säuglingstuberkulose verursacht werden. 2. Dem Säugling droht erwiesenermaßen die größte Gefahr durch den ständigen Aufenthalt in der Nähe erkrankter Personen. 3. Die postfötale Tuberkulose kann auf sehr verschiedene Weise entstehen, a) häufig entsteht sie beim Säugling durch primäre Darminfektion (infizierte Milch), wie die nicht selten vorkommende isolierte Mesenterialdrüsentuberkulose beweist; b) häufiger jedoch entsteht sie durch Infektion vom Respirationstraktus aus, da wir bei Kindern weit häufiger isolierte Bronchialdrüsentuberkulose finden und die Tuberkulose in der Regel stets die regionären Lymphdrüsen zuerst befällt (Cornet). In den meisten Fällen sind also die den erkrankten Lymphdrüsen zugehörigen Wurzelgebiete die Stellen der primären Infektion; c) an dem Vorkommen einer primären echten Inhalationstuberkulose zu zweifeln, liegt kein Grund vor; d) auch die Lungenschwindsucht kann auf hämatogenem Wege von irgendwelchen tuberkulösen Lymphdrüsen des Körpers aus ihre Entstehung nehmen (Orth, Baumgarten, Weigert, Ribbert u. a.). Die v. Behringsche Anschauung, daß die menschliche Lungenphthise in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle durch Genuß der Milch perlsüchtiger Kühe und primäre Darminfektion im Kindesalter entstehe, ist unhaltbar. Gründe: 1. Die stärkere Durchlässigkeit des Darms für Bazillen im Säuglingsalter ist nicht bewiesen; 2. es widerspricht allen Kenntnissen von der Biologie des Tuberkelbazillus, daß derselbe jahrzehntelang wirkungslos im Körper schlummern solle; 3. in Japan genießen die Kinder niemals andere als menschliche Milch und doch ist die Phthise dort so häufig wie bei uns. Auch die v. Behring empfohlene, ungekochte Formalinmilch hat sich bisher keineswegs bewährt, da sich in derselben zahlreiche Bakterien, auch Tuberkelbazillen ungehindert entwickeln. Dagegen scheint in jüngster Zeit

[1]) Vortrag erscheint in der Münchener medizinischen Wochenschrift.

ein neuer Weg der Immunisierung durch Schildkrötentuberkulose (Friedmann) mehr Erfolg bei der Tuberkulose zu versprechen.

Ungar (Bonn) referierte über „**Klinik der Tuberkulose der Bauchorgane**".

J. G. Rey (Aachen) an dritter Stelle über „**Klinik der Tuberkulose der Atmungsorgane**".[1]) Nach neueren Beobachtungen gehört die Säuglingstuberkulose keineswegs zu den großen Seltenheiten, doch ist sie durchaus nicht so häufig, als die noch vielfach beliebte Diagnose „Tabes meseraica" früher vermuten ließ. In den ersten Lebensmonaten ist die Säuglingstuberkulose sehr selten, mit dem Alter nimmt die Zahl der Erkrankten zu, im zweiten Lebensjahre findet sie sich schon bei $^1/_3$ aller zur Sektion kommenden Fälle. Der Verlauf ist gewöhnlich ein rapider und kann innerhalb weniger Monate ja selbst Wochen zum Tode führen. Die Mortalität der Erkrankten, die in den ersten vier Monaten 100 % beträgt, vermindert sich umgekehrt gegenüber der Zahl der Erkrankungen mit steigendem Alter, um gegen Ende des ersten Lebensjahres auf 53 %—45 % zu sinken. Die Lokalisation der Tuberkulose ist auch im Säuglingsalter am häufigsten und stärksten in der Lunge und den Bronchialdrüsen, seltener im Pharynx und Larynx, etwas häufiger in den Tonsillen, zumal in der Rachentonsille zu suchen. Der Säuglingstuberkulose eigentümlich ist die fast stets vorhandene oder doch rasch einsetzende Verallgemeinerung des Prozesses, aus dem der eigentümliche Verlauf und die Schwierigkeiten der Diagnose resultieren. Keine der exakten Untersuchungsmethoden (Bazillennachweis, Tuberkulinprobe, Radioskopie, physikalischer Befund) sind imstande, uns exakte Anhaltspunkte für die Diagnose zu geben. Die Diagnose der Säuglingstuberkulose ist eine Sache langjähriger Übung und sorgfältigster Kombination an sich oft kleiner Anzeichen. Wichtig ist vor allem das Vorhandensein lokaler tuberkulöser Prozesse in Knochen und Haut, Mikropolyadenitis, hochgradige Dyspnoe ohne perkussorisch oder auskultatorisch nachweisbaren Grund. Die Therapie hat vor allem eine prophylaktische zu sein, da die andern Mittel bei der Schwierigkeit der Diagnose und dem rapiden perniciösen Verlauf der Erkrankung nur selten Erfolg bringen kann.

Selter (Solingen) teilt an der Hand einer Krankenvorstellung, Präparaten und Krankengeschichten sowie unter Erinnerung an die im Februar 1903 und 1904 aus seinem Material von Rensburg und Heimann mitgeteilten Fällen seine Erfahrungen über das Auftreten der **Tuberkulide** (Hauttuberkel) mit und kommt zu dem Schluß, daß infolge der dem Kindesalter und besonders dem Säuglingsalter eigentümlichen Beschaffenheit der Haut, des Lymph- und Blutapparates diese Effloreszenzen regelmäßig bei einem Floridewerden irgendeiner tuberkulösen Erkrankung entstehen. Bei dem Fehlen sonstiger sicherer Zeichen der Tuberkulose innerer Organe des frühen Kindesalters bieten die Tuberkulide deshalb einen sichern diagnostischen Anhalt.

In der gemeinsamen Diskussion der Vorträge zur Säuglingstuberkulose bemerkt Bloch (Köln): er möchte die Anregung geben, daß gerade jetzt, wo die Brechdurchfallzeit beginnt, der Behringschen Theorie mehr öffentlich von unserer Vereinigung entgegengetreten wird, da der berühmte Autor schon große Verwirrung angestiftet hat. Die Mehrzahl der Kliniker hat bereits entschiedene Stellung dazu genommen und ist zur Verwerfung der Theorie gelangt. Da aber bereits Tagesblätter diese Theorien in die Welt verbreitet haben, muß gerade jetzt die sorgfältige Vorbereitung der Säuglingsmilch neuerdings verlangt werden.

Strauß (Gast) erinnert daran, daß auch die Haut als Eingangspforte für die Tuberkulose der Säuglinge besonders im späteren Säuglingsalter (Kriechlinge) in Betracht komme. Das Kriechen der Kinder ist nach Möglichkeit zu verhindern, Ekzeme möglichst rasch zur Abheilung zu bringen.

Krautwig fragt Fischer über die Häufigkeit der im Bonner pathologischen Institut festgestellten Säuglingstuberkulose. Selbst hat er an dem Obduktionsmaterial (Kinderheim und gerichtliche Obduktion atrophischer Kinder in Köln) keine Säuglingstuberkulose feststellen können.

Selter (Solingen): Daß der Ubiquität der Tuberkelbazillen entgegengetreten wird, ist durchaus wünschenswert, auch um die Bekämpfung der Tuberkulose am richtigen Ende anzufassen. Bei den Schleifern Solingens ist die Tuberkulose sehr häufig, infolgedessen auch die Kindertuberkulose. Wir finden hier bei Kindertuberkulosen aber stets einen Herd in der eigenen Familie. Bezüglich der In-

---

[1]) Vortrag erscheint im Archiv für Kinderheilkunde.



fektionen mittels der Milch weise ich auf die Statistik Biederts hin, die ihm Ganghofer für Böhmen bestätigte, daß die Gegenden mit viel Viehtuberkulose durchaus nicht immer viel Menschentuberkulose haben. Im Gegenteil, die Kurven über Tier- und Menschentuberkulose gehen auseinander. Daß die Säuglingstuberkulose häufiger wie man früher annahm, scheint mir doch nach neuern Erfahrungen wahrscheinlich, wie häufig allerdings dürfte das „Jahrhundert des Kindes" erst lehren. Rey.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

(Nach Berlin. klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 15. April 1904.

E. Meyer: M. H. Dieses 11 Monate alte Kind leidet an einem **kongenitalen Stridor**, den die Eltern zuerst ca. $2^1/_2$ bis 3 Monate nach der Geburt, namentlich nachts, bemerkten. Da das Kind sich leidlich dabei befand, die Nahrung regelmäßig nahm, und zunahm, so legten sie anfangs diesen Erscheinungen keine Bedeutung bei. Erst als sehr erhebliche Suffocationsanfälle eintraten, suchten die Eltern Hilfe nach. Das Kind hatte einen weithin hörbaren, laut tönenden Stridor inspiratorius, der sich bei jeder Bewegung, auch beim Trinken und besonders bei Hustenanfällen ganz außerordentlich steigerte. Zwecks Beobachtung nahmen wir das Kind auf die Klinik. Am ersten Tage bestand der Stridor, ließ jedoch vom zweiten Tage an allmählich nach, und wenn Sie jetzt das Kind ruhig daliegen sehen, werden Sie von Stridor nicht mehr viel hören. Sie sehen aber noch ganz deutlich die Einziehungen im Jugulum und in den Interkostalräumen. Der Stridor tritt auf, sobald das Kind irgendwie psychisch erregt wird, wenn es sich bewegt, wenn es hustet.

Welche Ursache liegt für den Stridor vor? Man war früher der Ansicht, nachdem die Meinung über das Asthma thymicum besonders durch die Arbeiten von Albers widerlegt erschien, daß dieser Stridor inspiratorius, der kongenital oder in den ersten Wochen des Säuglingsalters auftritt, in den meisten Fällen durch Spasmus bedingt wäre oder als Neurose aufgefaßt werden müßte. Es liegt eine positive Beobachtung von Löri vor, der angibt, daß er bei Kindern eine perverse Aktion der Stimmlippen konstatieren konnte.

Bei diesem Kinde ist es mir nun gelungen, den Kehlkopf zu sehen; derselbe ist vollkommen normal. Die Bewegungen der Stimmlippen gehen ganz normal vor sich. Wir können hier mit Sicherheit den Larynx als Sitz des Stridors ausschließen. Es bleibt nur die Trachea übrig. Der nächstliegende Gedanke ist, daß die vergrößerte Thymusdrüse eine Kompression der Trachea bedingt. Wenn man die Literatur nach dem Vorkommen der vergrößerten Thymusdrüse als Ursache des Stridors im Kindesalter durchsieht, findet man, daß sehr lange Zeit hindurch die Möglichkeit verneint wurde, daß die Thymusdrüse eine Kompression der Trachea bedingen könnte. Es findet sich in der Literatur in früheren Zeiten die Angabe, daß die Thymus einen Druck auf das Cor und auf die großen Gefäße ausüben könne, daß aber die Kompression der Trachea durch Thymusvergrößerung kaum denkbar sei. Diesen Angaben widersprechen eine ganze Reihe von positiven Sektionsbefunden. Es sind ca. 50 Fälle in der Literatur vorhanden, die infolge des Stridors zum Exitus und zur Autopsie kamen, bei denen regelmäßig seine mehr oder weniger erhebliche Vergrößerung der Thymusdrüse konstatiert wurde. Der Raum, der zwischen Trachea und Manubrium sterni bleibt, ist im Säuglingsalter sehr gering. Wenn dieser Raum durch eine vergrößerte Thymus verengt wird, kann es sehr wohl zur Kompression der Trachea kommen. Weigert hat bei drei Autopsien eine Verengerung der Trachea posterior nachweisen können, er hat die Trachea mit der Thymusdrüse zusammen herausgenommen und dann Horizontalschnitte durch die Thymus und die Trachea ausgeführt. Hierbei gelang es, festzustellen, daß eine erhebliche Kompression der Trachea durch die Thymus hervorgerufen war.

Außer diesen Sektionsbefunden sind auch chirurgische Erfahrungen gesammelt, in denen durch partielle Exstirpation der Thymusdrüse bezw. durch Herausziehen derselben aus dem Brustraum und Annähen derselben an der äußeren Haut ein

sofortiges Aufhören des Stridors herbeigeführt wurde. Ein Fall wurde von Rehm in Frankfurt operiert. Es war dabei zunächst die Diagnose auf einen Krupp gestellt worden. Das Kind wurde tracheotomiert, dadurch der Stridor aber in keiner Weise beeinflußt. Erst als man eine lange Königsche Kanüle in die Trachea einführte, hörten die Atembeschwerden auf. Diese Kanüle konnte nur kurze Zeit liegen bleiben, da sich Decubitus entwickelte. Sobald sie entfernt wurde, trat der alte Stridor in voller Heftigkeit wieder in die Erscheinung, und Rehm entschloß sich, das Manubrium sterni zu spalten, da er bei der Palpation im Jugulum die Thymusdrüse deutlich fühlte. Er exstirpierte einen Teil der Drüse und nähte den Rest in die Haut ein. Fritz König ging in ähnlicher Weise vor. Er zog gleichfalls die Thymusdrüse hinter dem Sternum hervor und fixierte dieselbe. Dann liegt noch ein dritter Fall aus der englischen Literatur vor — im British medical journal am 23. Juni 1902 veröffentlicht — von einem 11 jährigen Mädchen, bei dem gleichfalls durch die Thymectomie die Heilung herbeigeführt wurde. Diese drei chirurgischen Fälle lassen es ganz zweifellos erscheinen, daß der Stridor in einer ganzen Reihe von Fällen durch Vergrößerung der Thymusdrüse hervorgerufen wird.

In unserm Falle haben wir als positiven Befund eine Dämpfung auf dem Manubrium sterni, die sich perkutorisch ganz deutlich nachweisen läßt. Wir haben ferner den Versuch gemacht, durch eine Röntgenuntersuchung die Vergrößerung der Thymusdrüse festzustellen. Auf dem Fluoreszenzschirm gelang es ganz deutlich, einen vom Herzen getrennten Schatten zu finden, der vollkommen der Lage einer Thymus entspricht. Der Herzschatten findet sich ganz deutlich; dem Herzschatten aufliegend sieht man einen etwas weniger dunklen Schatten, der mit großer Wahrscheinlichkeit der Thymusdrüse entspricht. Bei Ruhe und Pflege sind die foudroyanten Erscheinungen zurückgegangen. Wir wollen jetzt den Versuch machen, durch Verabreichung von Thymustabletten die Thymusdrüse zur Rückbildung zu bringen. Falls das nicht gelingen sollte, wollen wir eventuell einen operativen Eingriff bei dem Kinde versuchen.

Verein deutscher Ärzte in Prag.

(Nach Prager med. Wochenschrift.)

Sitzung am 11. März 1904.

Dr. Eckstein: **Demonstration eines Falles von Teleangiektasie mit Radium behandelt.**

Status vom 11. Januar 1904. Therese Göttl, $5^1/_2$ Monate alt, wurde mir vom Herrn Dr. Nachod zur Radiumbehandlung überwiesen. Auf dem Dorsum der rechten Hand, ungefähr die Hälfte desselben einnehmend und distal bis auf die Grundphalange des 4. und 5. Fingers reichend, befindet sich eine aus zahlreichen ungemein dicht aneinanderliegenden, dunkelblauroten, wenig über die Oberfläche hervorragenden Blutgefäßen bestehende flache Geschwulst.

In der 1. Sitzung am 11. Januar wurden 8 Stellen je 4 Minuten mit Radium bestrahlt, jedoch ohne Erfolg.

2. Sitzung am 1. Februar: An 9 Stellen unter stärkerem Druck je 8 Minuten bestrahlt. Am 8. Februar traten an der Hand Knötchen unter Schmerzensäußerungen auf, später Blasen. Die Epidermisschichte platzte und an dieser Stelle bildete sich bereits ein trockener Schorf. Am 23. Februar bemerkt man neun größere lichte Stellen, von denen jede ungefähr 6 mm Durchmesser hat, und an diesen Stellen sieht man keine Gefäße mehr. Die Narbe ist weißlich, glänzend glatt, leicht verschieblich und an manchen Stellen ohne deutlich sichtbare Grenze in die gesunde Nachbarschaft übergehend.

3. Sitzung am 27. Februar: Abermals unter stärkerem Druck je sieben Minuten weitere zwei Stellen bestrahlt.

Über diese Behandlung von derartigen Erkrankungen ist bisher in der Literatur nicht viel erwähnt, weshalb ich glaubte, diesen Fall, den ich bereits im dermatologischen Kolloquium vorstellte und besprach, auch hier demonstrieren zu sollen. Über die histologischen Veränderungen, die durch das Radiumbromid be-

wirkt werden, zitiere ich die Arbeit von Halkin, der seine Versuche am Tiere (Schwein, Kaninchen) und am Menschen machte und folgende histologische Veränderungen konstatierte: „Eine mäßig tief reichende Degeneration der Zellen der Gefäßintima, des Epithels und des Bindegewebes, welche sekundär erst zu Gefäßdilatation (Hyperämie), dann Abstoßung, Zerfall und Resorption des Epithels und entzündlicher Infiltration führen. Die Tiefe des Prozesses ist keine beträchtliche. Die Veränderungen sind oberflächlich stark und nehmen nach der Tiefe ab.“

Diese histologischen Veränderungen treten ganz langsam auf und dadurch erklärt sich der lange Zwischenraum, der zwischen Bestrahlung und Auftreten der sichtbaren Folgeerscheinungen liegt. Diese letzteren lassen sich mit den drei Graden der Verbrennung vergleichen. Nach Scholz tritt bei 10—15 Minuten Exposition eine Verbrennung II. Grades auf. Ich habe nun durch meine Veränderungen in der Technik, das ist statt des bloßen Anlegens und Fixierens der das Radiumbromid mithaltenden Hartgummikapsel mittels Heftplaster, durch starke Kompression eine Abkürzung der Expositionszeit und früheres Auftreten der Reaktionserscheinungen erreicht. Der Druck auf die Kapsel geschieht entweder manuell oder durch Belastung mit Gewichten, um durch Verdrängung der Gewebsflüssigkeit und des Blutes das Radiumbromid so nahe wie möglich an die Gefäße zu bringen und dadurch die Wirkung auf letztere zu vergrößern und zu beschleunigen.

Scholz gibt in seiner Arbeit an, daß bei 10—15 Minuten Expositionszeit erst nach 14 Tagen und darüber die oben geschilderten Veränderungen eintreten, in meinem Falle nach 8 Tagen.

Von einem ebenfalls mit Radium behandelten Fall von Naevus flameus, der sich auf die ganze rechte obere Extremität und bis auf die rechte Mamma erstreckt, kann ich auch mitteilen, daß sich an den exponierten Stellen ebenfalls weißliche Flecken bilden.

Naturhistorisch-Medizinischer Verein Heidelberg.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 31. Mai 1904.

Hermann stellte einen Fall von **Erythema nodosum gonorrhoicum** bei einem 14jährigen Knaben vor. Pat. hatte seit 10 Wochen einen Tripper der vorderen Harnröhre, unbehandelt, uneruierbarer Provenienz. Die Hautaffektion trat in Schüben auf, die mit hohem Fieber und Gelenkschmerzen einhergingen. Neben subkutanen Infiltraten zeigten sich papulöse, zum Teil ganz roseolaartige, zum Teil mit zentralen Bläschen versehene hellrote Effloreszenzen.

In der Kultur von 3 ccm Blut auf Menschenblutagar wuchs eine Kolonie von Semmelkokken, aber Gram-positiv (Dr. Marschall).

Sitzung vom 28. Juni 1904.

v. Hippel: **Demonstration eines Falles von Kryptophthalmus.**

E. v. Hippel stellt ein 6 Wochen altes Kind mit doppelseitigem Kryptophthalmus vor. Geburt war normal verlaufen. Rechts ist keine Spur einer Lidspalte vorhanden, nur eine feine weißliche Linie markiert ihre Stelle, beim Schreien wird dieselbe stärker eingezogen. Braue und Cilien fehlen rechts vollständig. Der gut palpable, aber abnorm kleine Bulbus macht lebhafte Bewegungen. Links ist temporal ein kleiner Bindehautsack vorhanden, seiner Ausdehnung entsprechend finden sich normale Cilien. Der Konjunktivalsack setzt sich als schmaler Blindsack etwa 5 mm weit unter die Hautbrücke fort, welche den größten Teil der Lidspaltengegend überzieht; an derselben ist keine weißliche Linie zu entdecken. Bulbus für die Palpation wie rechts.

Bei intensivem Lichteinfall auf die Augengegend lebhafte Runzelungen der Haut, also Lichtempfindung vorhanden.

Von sonstigen Anomalien ist eine abnorm breite und tief eingesunkene Nasenwurzel, heisere Stimme, abnorm tiefe Insertion des Nabels und Nabelbruch, ferner

posthornartige Verkrümmung des Penis mit rudimentärer Vorhaut und endlich Schwimmbautbildungen an allen 4 Extremitäten zu erwähnen.

Bei einem Operationsversuch auf der rechten Seite wurde ein sehr kleiner Bulbus gefunden, an dem eine Kornea nicht differenziert werden konnte; vom Konjunktivalsack nichts zu sehen.

Anamnestisch ist noch zu erwähnen, daß ein Geschwister des Kindes, das vor mehreren Jahren geboren wurde, nach dem Berichte des behandelnden Kollegen ebenfalls doppelseitigen Kryptophthalmus und Schwimmhautbildungen zeigte, außerdem war bei diesem ein kongenitaler Aszites Geburtshindernis gewesen. Eine Urgroßtante des Kindes war eine Zwergin, die auf der Messe gezeigt wurde und auf einem Teller getanzt haben soll.

Vortragender bespricht die Entstehung des Kryptophtalmus und kommt zu dem Ergebnis, daß es bis jetzt unmöglich ist, hier eine reine Hemmungsbildung anzunehmen, man müsse zur Erklärung die fötale Entzündung heranziehen, die wohl zu verschiedenen Zeiten der Entwicklung einsetzen könne.

Ärztlicher Verein München.

(Nach Münch. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 25. Mai 1904.

Graßmann erstattet das Referat, Dörnberger das Korreferat über: **Die Gesundheitsschädigungen in den Mittelschulen und die Aufgaben der Schulkommission.**

Gr. hebt im Eingange seines Referates hervor, daß die Steigerung des allgemeinen Interesses an den Aufgaben der Schulhygiene sehr zu begrüßen ist, daß aber die richtige Würdigung von sogenannten Schulschäden immer vor allem Aufgabe der Ärzte bleiben werde. Diesem Zwecke soll auch die vom ärztlichen Verein München ins Leben gerufene Schulkommission dienen. Übergehend auf die einzelnen bei den Schülern von Mittelschulen zur Beobachtung gelangenden Gesundheitsstörungen werden hinsichtlich der Ohrenkranken vor allem die Untersuchung von v. Bezold (München) an den Zöglingen des Hollandeums herangezogen. 40 % derselben hatten keine normalen Gehörorgane. Unter den Augenkrankheiten ragt an Bedeutung die Myopie hervor, wie statistische Angaben dartun, für deren Entstehung verschiedene, auch außerhalb der Schule liegende Ursachen anzuführen sind. Die in Deutschland im Verhältnis zu andern Ländern außerordentlich reichliche Naharbeit, welche von den Schülern gefordert wird, ist gewiß mit anzuschuldigen, daß fast 60 % unserer Gymnasiasten die Schule mit Kurzsichtigkeit verlassen. Redner bespricht dann die Umstände, welche die Entstehung von Krankheiten der oberen Luftwege erleichtern, bei deren Prophylaxe besonders auch die Anginen Berücksichtigung finden sollten. Das lange Sitzen hat ungünstige Wirkungen auf Muskulatur und Skelett, die nur durch eine entschiedene Vermehrung der Bewegungsspiele ausgeglichen werden können. Die hohen Forderungen der Schule, welche für die Körperpflege viel zu wenig Zeit lassen, führen hauptsächlich zur Entstehung einer Reihe von Nervenkrankheiten. An manchen höheren Schulen weist die Hälfte der Schüler nervöse Zustände auf. Anzuschuldigen sind auch die Schülerverbindungen, frühzeitiger Alkoholgenuß. Angeführt werden dann noch die bei den Schülern vorkommenden Sprachstörungen. Akute Infektionskrankheiten spielen bei der Morbidität der Mittelschulen keine sonderliche Rolle. Von größter Bedeutung sind die unter dem Namen der „chronischen Kränklichkeit“ zusammengeworfenen Krankheitszustände, welche auch an den Mittelschulen nach der allgemeinen Angabe der Autoren außerordentlich zahlreich zur Entwicklung kommt. Es wäre traurig, diese Schulfolge auch weiterhin wie ein unabwendbares Fatum hinzunehmen. Redner schließt damit, daß die Entfaltung der körperlichen Kräfte als ein gleichberechtigtes Ziel neben die geistige Ausbildung zu setzen sei und die Bürgschaft unserer nationalen Leistungsfähigkeit in der harmonischen Durchdringung körperlicher und geistiger Ausbildung liege.

Dörnberger: **Arbeit und Erholung an den höheren Lehranstalten.**



Es ist zuzugeben, daß gerade auch in Bayern der Forderung, Überbürdung für die Mittelschüler zu vermeiden, durch Kürzung und bessere Verteilung der Lehrpensa entgegengekommen wurde. Es bleiben aber noch eine größere Reihe von Wünschen. Redner geht des näheren auf die besonders auf dem internationalen Schulkongreß in Nürnberg in dieser Hinsicht gestellten Forderungen ein, welche besonders wegen der zahlreichen Nervenkrankheiten weitere Beschränkung der Lehrpensa betreffen. Redner bespricht weiter die Anordnung der einzelnen Lehrfächer, Nachhilfestunden, Hausaufgaben, Strafarbeiten usw. in ihren hygienischen Wirkungen, berechnet die für die Körperpflege faktisch bleibende Zeit und betont besonders auch die Notwendigkeit einer genügend langen Schlafzeit. Es ist ein von Arbeit freier Sonntag zu fordern. Neben den in richtiger Weise in den Unterricht einzuschaltenden Turnstunden sind besonders die Turnspiele zu pflegen, wie sie auch ein kürzlich ergangener Erlaß des k. b. Kultusministeriums angeordnet hat. Auch die nicht übertriebene Betätigung am Sport ist zu fördern. Redner veranschaulicht an der Hand einer Tafel die Beteiligung der Schüler der Münchener Luitpoldkreisrealschule am Eislauf und den Turnspielen. Im ganzen erscheinen die Ansprüche, die an das jugendliche Gehirn gestellt werden, zu hoch, dessen Schonung und Kräftigung scheint zu wenig berücksichtigt zu werden. Was im gesundheitlichen Interesse unserer heranwachsenden Jugend geschehen kann, das soll auch geschehen.

Diskussion: Tesdorpf (Autoreferat) hebt, in Ergänzung der von Graßmann und Dörnberger gelieferten Referate, zwei Krankheitszustände hervor, welche er in seiner Praxis oft beobachten konnte, und zwar teils direkt bei Schülern von Mittelschulen, teils bei Erwachsenen im Anschluß an den früheren Besuch einer Mittelschule.

Es sind dies die sogenannte Insuffizienz der Musculi recti interni oculorum und die Hysterie.

Bei beiden Störungen läßt sich deutlich die schädliche Wirkung nachweisen, welche die mangelhafte Kenntnis und die mangelhafte Rücksichtnahme, welche die Lehrer jenen Zuständen angedeihen lassen, für die Schüler mit sich bringen.

Was die Insuffizienz der Recti interni, d. h. der die Augäpfel nasenwärts bewegenden Augenmuskeln, anlangt, so kommt dieselbe sowohl bei Myopen, als Hypermetropen, als Emmetropen infolge übertriebener Konvergenz der Bulbi bezw. der Blicklinie beim Sehen in die Nähe zustande. Die bei Individuen jugendlichen Alters bestehende Neigung, sich beim Lesen und Schreiben dem Buche übermäßig zu nähern, leistet der Entstehung der Insuffizienz der Recti interni im jugendlichen Alter besonderen Vorschub. Die Störungen, welche sich aus einer solchen Insuffizienz ergeben, sind sehr mannigfach und von höchst nachteiliger Wirkung auf die Schultätigkeit der betroffenen Schüler. Besonders häufig sind dumpfer bezw. stechender Kopfschmerz in den Schläfen sowie in der Stirn und in der Nasenwurzel, ferner Schwindelgefühl, Doppeltsehen, psychische Verdrossenheit, sowie Unlust und Unfähigkeit, insbesondere in den Nachmittags- und Abendstunden längere Zeit zusammenhängend in der Nähe zu arbeiten. Behufs Verhütung des Zustandekommens der Insuffizienz der Recti interni bei den Schülern der Mittelschulen ist seitens der Lehrer darauf zu achten, daß die Schüler sich beim Lesen und Schreiben dem Buche nie mehr als auf 35 bis 40 cm Abstand nähern; dabei ist richtige Korrektion der Augen durch Brillen vorausgesetzt, sowie daß nicht hohe Grade von Myopie bezw. von Schwachsichtigkeit vorliegen, welche eine größere als die genannte Durchschnittsannäherung nötig machen. Ferner müssen behufs Schonung und Erholung der Musculi recti interni die zwischen die Unterrichtsstunden eingeschalteten Freiviertelstunden streng eingehalten werden, ferner das Aufeinanderfolgen von Unterrichtsstunden, in denen die Augen durch Nahesehen übermäßig angestrengt sind, vermieden werden; weiterhin ist seitens der Lehrer darauf zu achten, daß die Hausaufgaben nicht einen Umfang erreichen, der die Schüler zwingt, bis in die späten Abendstunden hinein zu arbeiten.

Was die Hysterie bei Schülern der Mittelschulen betrifft, so verdient dieselbe weitgehende Berücksichtigung seitens der Lehrer, und dies um so mehr, als sie höchst störend auf den Schulunterricht zu wirken pflegt. Sie äußert sich bei Knaben wie Mädchen, während des Unterrichtes, auf allen drei psychischen Gebieten, und zwar auf dem Stimmungsgebiet u. a. durch Launenhaftigkeit und Stimmungswechsel, auf dem Vorstellungsgebiet insbesondere durch Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit, auf dem Willensgebiet vor allem durch Energielosigkeit

und Willensschwäche. Diese Anomalien werden von den Lehrern oft für beabsichtigte und der Unart entspringende Störungen gehalten und dementsprechend oft schwer bestraft. Dies Vorgehen ist insofern verhängnisvoll, als dadurch die Hysterie bei den betroffenen Schülern oft eine erhebliche Verschlimmerung erfährt. Außerdem wirkt die Schule auch insofern nachteilig auf hysterische Schüler, als letztere wegen ihres sonderbaren psychischen Verhaltens häufig für ihre Mitschüler Gegenstand des Spottes und der Neckerei sind, und sich infolge des peinlichen Bewußtseins, daß sie von der Mehrzahl ihrer Altersgenossen abweichen, oft von dem Verkehre mit letzteren zurückziehen. Mit Rücksicht auf diese mannigfachen Nachteile, welchen hysterische Knaben und Mädchen in den Mittelschulen ausgesetzt sind, ist die zeitweise Entfernung derselben aus der Schule oft dringend zu empfehlen. Tatsächlich kann durch eine derartige Entfernung und durch eine gleichzeitige systematische ärztliche Behandlung die Hysterie bei jugendlichen Individuen zum Verschwinden gebracht werden, was um so höher anzuschlagen ist, als eine Beseitigung und Heilung der Hysterie im späteren Lebensalter nur ausnahmsweise gelingt. Besonders dankbar muß es begrüßt werden, wenn bei dieser Beurlaubung hysterischer Schüler sowie bei Wiederaufnahme und erneuter Erziehung derselben in der Schule die Lehrer sich von den Grundsätzen leiten lassen, welche ärztlicherseits für die psychische Behandlung jugendlicher Hysterischer als maßgebend anerkannt sind.

Trumpp: Es wäre sehr wichtig, daß diejenigen, welche die unmittelbare Aufsicht in den Schulen ausüben, nämlich die Lehrer, Unterricht in der Schulhygiene bekommen, z. B. über Krankheiten, über Störungen der Schüler auf psychischem Gebiet. Die geschaffenen hygienischen Einrichtungen werden leider nicht immer richtig ausgenützt. Redner spricht sich für Aufstellung eigener Aufsichtspersonen aus, und verweist auf die in dieser Hinsicht in Schweden und Norwegen getroffenen Einrichtungen, welche den Ärzten einen großen Einfluß einräumen.

Prof. Gruber weist darauf hin, daß in den Mittelschulen diejenige Schichte des Volkes sich entwickelt, welche später naturgemäß zu Führern der Nation bestimmt sind. Es ist von größter Wichtigkeit, daß diese Schichten auch körperlich gesund sind. Die körperlichen Kräfte müssen ebenso entwickelt werden wie die geistigen. Sittliche Persönlichkeiten werden nicht durch Moralunterricht erzogen, sondern dadurch, daß den Leuten die Kunst des Wollens beigebracht wird. Freude an Entschlossenheit, Selbstbeherrschung, Bedürfnislosigkeit und ähnliche spartanische Tugenden, denen wir wieder einen breiteren Boden gewinnen müssen, hängen eng zusammen, mit körperlichen Übungen. Für diese muß Zeit geschaffen werden! Sehr bemerkenswert sind die Resultate der deutschen Landerziehungsheime, wo die tägliche geistige Arbeit nicht mehr als 5 Stunden beansprucht, der größte Teil der übrigen Zeit für Turnen, Schwimmen, Gartenarbeit und ähnliches verwendet wird.

Siebert fragt, ob die Schulkommission sich schon mit der Frage beschäftigt hat, wer den Schülern an den Mittelschulen die sexuelle Aufklärung zu vermitteln habe. Redner macht aufmerksam auf die häufig vorkommende Onanie, ferner den Umstand, daß die am meisten zusagende Schlafzeit individuell recht verschieden sei.

Brendel wünscht, daß die Schulkommission vom Rechte der Kooptation einen ausgiebigen Gebrauch mache.

Nadoleczny empfiehlt für die Prophylaxe von Lungenkrankheiten und Anämie systematische Atmungsübungen.

Kopp bedauert, daß die bestehenden Landerziehungsheime so wenig bezw. gar keine Rechte, z. B. hinsichtlich der Berechtigung zum Einjährigfreiwilligendienst haben, verbreitet sich sodann an der Hand sehr lehrreicher Beispiele über das Bedenkliche bei Haus- und Strafarbeiten, bei Schulstrafen und verurteilt besonders das von manchen Lehrern immer noch begünstigte Denunziantenwesen.

Neustätter betont besonders die in der Mädchenerziehung bestehenden Mängel und die Notwendigkeit, auch den höheren Mädchenschulen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Als künftige Mütter brauchen sie noch nötiger fast einen gesunden Körper. Ein großer Teil der Frauenbildung ist überflüssig, ja Spielerei. Fordert mehr Bewegungsfreiheit und Spiele für die heranwachsenden Mädchen.

Hecker betont die Bedeutung und die Entstehungsweise der chronischen Obstipation bei Mädchen, bedauert die ungesunde Prüderie. Das Verhältnis

zwischen Lehrern und Schülern sei leider oft ein schlechtes. Von Bedeutung für unsere Fragen sei besonders auch die Überfüllung der Klassen.

Seitz spricht über die so verschieden gehandhabte Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten, die endlich einheitlich gestaltet werden möge, und gibt die in Berlin in einer Anstalt mit zwangsweiser Erziehung gemachten Erfahrungen, namentlich hinsichtlich des Vorkommens der Onanie bekannt.

Ranke und Spatz vertreten als höchst zweckmäßig, den Unterricht auf einige Stunden, wenigstens für den Sommer, zusammenzudrängen, um den Nachmittag frei zu bekommen. Es sollte eine Versuchsparallelklasse mit dieser Zeiteinteilung eingerichtet werden.

Sternfeld führt aus, daß dieser Versuch schon vor 32 Jahren hier mit negativem Erfolge angestellt worden sei.

Wahl wendet sich gegen die Zweckmäßigkeit atmungsgymnastischer Übungen und berichtet über das niedere moralische Niveau, das an manchen Gymnasien herrsche. Er betont auch, daß manche Lehrer psychisch abnorm seien.

Grassmann führt im Schlußwort aus, daß die Diskussion der eingesetzten Schulkommission des Vereins eine reiche Anregung gegeben habe, daß es nötig sei, sich auch mit den Elternkreisen ins Benehmen zu setzen. Hinsichtlich der Erfolge der Landerziehungsheime macht Gr. darauf aufmerksam, daß der Stoff, zu welchem an unseren Gymnasien neun volle Jahre gebraucht würden, an dem hiesigen Mädchengymnasien in 3 Jahren absolviert werde. Wenn man auf die hohen Ziele der Erziehung hinblicke, welche die Lehrerschaft zu erreichen habe, so könne einem ein Mißverhältnis zwischen diesen hohen Aufgaben und der heutigen sozialen Stellung des Lehrerstandes nicht entgehen. Der Lehrerstand in seinem weitesten Umfange müsse auf eine höhere Stufe gebracht werden. Dies aber sei ein Ziel, das ganz außerhalb des Arbeits- und Einflußgebietes der Ärzte liege, andererseits aber für die Erreichung der Ziele der Ärzte von größter Wichtigkeit sei.

IV. Neue Bücher.

L. Hofbauer. **Semiologie und Differentialdiagnostik der verschiedenen Arten von Kurzatmigkeit auf Grund der Atemkurve.** Verlag von G. Fischer, Jena. (Preis: Mk. 8.)

Was das Buch enthält, besagt sein Titel. Der Inhalt bildet die Frucht überaus fleißiger Untersuchungen und Forschungen, welche klar zeigten, daß durch graphische Darstellung der Thoraxbewegungen sich tatsächlich eine Reihe neuer Erkenntnisse semiotischer und differentialdiagnostischer Natur gewinnen läßt.

H. gibt selbst am Schlusse seiner fleißigen Arbeit folgendes Resumé:

1. Ätiologisch verschiedene Fälle von Atemnot bieten verschiedene, ätiologisch gleiche Fälle hingegen gleichsinnige Veränderungen der Atemkurve gegenüber der Norm.

Dadurch wird die stethographische Untersuchung ein wertvolles, diagnostisches Hilfsmittel, sicherlich gleichwertig anderen klinischen Untersuchungsmethoden. Die Formveränderung der Atemkurve bei Krankheiten bildet ein Symptom von bedeutendem, bisweilen sogar ausschlaggebendem Wert.

2. Die verschiedenen Arten des Asthma sind voneinander zu trennen; sie geben verschiedene Form der Atemkurve. Bei der Aufstellung einer Theorie des asthmatischen Anfalls wird man diese Trennung beachten müssen.

3. Die große Atmung des Diabetikers darf mit der des Nephritikers nicht zusammengeworfen werden; sie verlaufen in verschiedenen Formen.

Die Atemkurve bildet ein wertvolles klinisches Lehrmittel. Die graphische Darstellung unterstützt nicht bloß das Gedächtnis, sie läßt nicht bloß Atmungsphänomene demonstrieren, welche außerhalb der Vorlesungszeit zutage treten, sondern verfeinert auch die Aufmerksamkeit des Hörers für Veränderungen der Atmungsform, sowie die Besichtigung der Pulskurven ihn für die Betastung des Pulses vorbereitet. Grätzer.

J. v. Mikulicz u. V. Tomascewski. **Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung.** 2. Auflage 1904. Verlag von G. Fischer in Jena. (Preis Mk. 4.)

Als vor $1\,^1/_2$ Jahren die 1. Auflage dieses Buches erschien, war die gesamte Kritik darin einig, daß dasselbe einem wirklichen Bedürfnisse entsprach und eine vortreffliche Anleitung für Ärzte und Erzieher bildete mit seinem knappen, klaren Texte und seinen zahlreichen ausgezeichneten Abbildungen. Daß das Werk sich auch in der Praxis bewährt hat, zeigt am besten der Umstand, daß die 1. Auflage in so kurzer Zeit vergriffen war. Die Verff. haben bei der 2. Auflage Text und Illustrationen (das Buch enthält deren auf 105 Seiten 108) noch vermehrt. Sie können sicher sein, daß ihre Arbeit wieder allenthalben freudig begrüßt werden wird. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Über den gegenwärtigen Stand der **schulärztlichen Einrichtung** in Preußen (abgesehen von dem schulärztlichen Dienste in Berlin), wird im neuesten Berichte über das Gesundheitswesen in Preußen nach der „Voss. Ztg." folgendes mitgeteilt: Die Schulärzte entfalten auf Grund ihrer Dienstanweisungen eine segensreiche Tätigkeit, die sich auf alle Schulangelegenheiten, Schuleinrichtungen und die Schulkinder selbst erstreckt. In bezug auf die Zahl der neu eingerichteten Schularztstellen scheinen allerdings die Fortschritte im Berichtsjahre nicht erheblich zu sein; in einzelnen Bezirksberichten wird der besondere Schularzt in kleineren Kreisen für überflüssig erklärt, da die Obliegenheiten eines solchen ebensogut durch den Kreisarzt erfüllt werden könnten. Den Schulärzten in Greifswald, Regierungsbezirk Stralsund, wurde zum März 1903 das Vertragsverhältnis gekündigt, weil das bürgerliche Kollegium einen wesentlichen Nutzen in der Einrichtung der Schularztstellen nicht zu erkennen vermochte und der Ansicht war, daß wichtige Fragen durch den Kreisarzt ihre Erledigung finden könnten. In der Stadt Danzig sind 4 Augenärzte und 12 Schulärzte angestellt. Von den Augenärzten werden alle 2 Jahre sämtliche Schulkinder sowie die zu Ostern und Michaelis neu aufgenommenen Schulkinder bald nach der Aufnahme untersucht. Die Schulärzte sind Mitglieder des Schulvorstandes und haben die Aufgabe, die für die Gesundheitspflege in der Schule erforderlichen Maßnahmen anzuregen. Charlottenburg hat 12 Schulärzte angestellt, die Ostern und Michaelis jedes in die Schule neu eintretende Kind untersuchen und einen Gesundheitsbogen ausfertigen, der das Kind während der Schulzeit von Klasse zu Klasse begleitet. Jeden Monat hält der Arzt mit dem Rektor und dem Klassenlehrer eine Sprechstunde ab, alle Vierteljahre mindestens einmal besucht der Schularzt jede einzelne Klasse. Auch die äußeren Schuleinrichtungen (Baden, Heizen, Reinigen usw.) unterstehen der Beaufsichtigung der Schulärzte. In Schöneberg wurde die Zahl der Schulärzte von vier auf fünf vermehrt. 107 Kinder wurden bei der Aufnahme zurückgestellt. Auch die Stadt Breslau hat Schulärzte angestellt. Sämtliche Lernanfänger, deren Zahl 8233 betrug, wurden untersucht. Die Untersuchungen erfolgten, nachdem die Schüler sich 2—3 Monate lang an das Schulleben gewöhnt hatten. Die sogenannten Überwachungsschüler wurden regelmäßig monatlich untersucht; unentgeltliche Behandlung der unbemittelten unter ihnen, sowie Beschaffung von Brillen, orthopädischen Apparaten u. dgl. wurde durch die städtische Armenverwaltung vermittelt. Die Schulärzte hatten sämtliche Klassen je einmal im Sommer und Winter zu besuchen und dabei auf alle hygienischen Anforderungen ihr Augenmerk zu richten; auch hatten sie an den alljährlich durch das städtische Bauamt ausgeführten Schulrevisionen teilzunehmen. Reg.-Bez. Oppeln: Ratibor hat zwei, Königshütte vier Schulärzte. In Königshütte hält jeder Schularzt im Winterhalbjahr einen Vortrag über ein Gebiet der Schulhygiene; auch die so sehr wichtige gesundheitliche Belehrung der Schulkinder selbst findet hier volle Berücksichtigung. In Magdeburg sind 23 Schulärzte angestellt, die Bezirksärzte heißen und gleichzeitig auch Armenärzte und Schriftführer der Unterabteilungen der Gesundheitskommissionen sein sollen; sie sind dem Stadtarzt, welches Amt der Kreisarzt inne hat, unterstellt. Für die Schulen von Wernigerode und das

mit ihm durch Schulverband vereinigte Nöschenrode wurde der Kreisarzt als Schularzt angestellt. In Hasserode wurde ein besonderer Schularzt angestellt. In Paderborn, Reg.-Bez. Minden, wurde die Anstellung eines Schularztes von den Stadtverordneten mit der Begründung abgelehnt, daß ein Bedürfnis für die städtischen Schulen so lange nicht anerkannt werden könne, als der Staat für die dortige Seminarübungsschule einen Schularzt nicht für notwendig erachte.

Leipzig. Über die **Tätigkeit der Schulärzte** in Leipzig berichtet der städtische Verwaltungsbericht: Die Schulärzte sind verpflichtet, während der Schulzeit monatlich mindestens einmal in der Schule anwesend zu sein, um daselbst mit dem Direktor die etwa nötigen Besichtigungen vorzunehmen und die von den Lehrern präsentierten Kinder zu untersuchen. Diese Einrichtung hat sich sehr bewährt. Der Schularzt bleibt auf diese Weise im Zusammenhange mit der Schule und die Lehrer wissen, wann sie den Schularzt sprechen können. Unter den Fällen, welche der Schularzt bei dieser Gelegenheit zu untersuchen hat, befinden sich besonders nervöse und sehr blutarme, aus ärmlichen Verhältnissen stammende Kinder. Besonders wenn Angehörige des Kindes bei der Untersuchung zugegen sind, gelingt es leichter, versteckte schwere nervöse Leiden (wie larvierte Epilepsie und dergleichen) zu diagnostizieren. Öfters ist es auch durch die schulärztliche Untersuchung möglich, psychisch abnorme Kinder als solche zu diagnostizieren und eine zweckmäßige Behandlung zu veranlassen. Früher wurden eine Menge Kinder, die an der Grenze des Schwachsinns standen, mitgeschleppt zum Schaden des gesamten Unterrichts, jetzt werden dieselben ausgeschieden oder zurückgestellt. Häufiger als früher werden die Schulärzte, wie aus ihren Jahresberichten hervorgeht, jetzt auch zur Beurteilung solcher Kinder herangezogen, welche die Schule längere Zeit ohne genügenden Grund versäumen. Seltener hat der Schularzt Kinder wegen Ungeziefers, wegen Verletzungen und dergleichen zu untersuchen.

Die frühere Berechtigung des Schularztes, bei den jährlichen Begehungen der Schulgrundstücke durch Beamte des Hochbauamtes behufs Feststellung der erforderlichen sanitären Verbesserungen und deren Einstellung in das Jahresbudget anwesend zu sein, ist ihnen in der neuen Dienstordnung zur Pflicht gemacht. Der Vorteil dieser Bestimmung kommt wiederum allen Beteiligten zugute. Direktor, Schularzt und der Beamte des Rates tauschen bei dieser Gelegenheit ihre Ansichten aus und der Schularzt ist in der Lage, seinen Einfluß in genügender Weise zur Geltung zu bringen. In Betracht kommen dabei, abgesehen von Neuanstrich einer Anzahl Klassenzimmer, Ersetzung unzweckmäßiger Schulbänke, Öfen, Vorhänge und dergl. durch bessere, Verbesserung der Abortanlagen, Anbringung von Klappfenstern u. a.

Den Fragen von allgemeiner hygienischer Bedeutung, wie Ventilation, Heizung, Schulzimmerreinigung wird seitens der Schulärzte fortgesetzte Aufmerksamkeit gewidmet.

Erlangen. Vom nächsten Semester ab wird eine Klinik für Kinderkrankheiten an der hiesigen Hochschule errichtet, die der Leitung des Direktors der medizinischen Poliklinik, Prof. Dr. Voit, unterstellt wird.

Halle a. S. Prof. Siegert siedelt bereits am 1. Oktober nach Köln über als ordentliches Mitglied der Akademie für praktische Medizin. Zu seinem Nachfolger in Halle wurde als außerordentlicher Professor und Direktor der Kinderpoliklinik berufen Herr Privatdozent Dr. Stoeltzner, bisher Assistent Heubners an der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.

VI. Personalien.

Privatdoz. **Dr. B. F. Jakubowitsch** in St. Petersburg zum Professor für Kinderkrankheiten an der neurussischen Universität Odessa ernannt. — Habilitiert in Wien: **Dr. Max Reiner** für orthopädische Chirurgie.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

IX. Jahrgang. 1. Dezember 1904. No. 12.

I. Originalbeiträge.

Zur Behandlung der Pylorusstenose der Säuglinge.

Von

Prof. **Felix Franke,**

Chefarzt des Diakonissenhauses Marienstift zu Braunschweig.

Obgleich die in den ersten Wochen des Säuglingsalters auftretende Pylorusstenose, seitdem sich besonders in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Ärzte ihr mehr und mehr zugewandt hat, schon in einer beträchtlichen Zahl von Fällen beobachtet ist, hat sich doch noch keine allgemeine Übereinstimmung der Ansichten über ihr Wesen und die Ursachen ihrer Entstehung gewinnen lassen. Die immer mehr anschwellende Literatur (Schotten[1]) in seiner Veröffentlichung vom März dieses Jahres verzeichnet schon 78 Nummern) beweist das zur Genüge. Behaupten die Einen ihren kongenitalen Ursprung, so verfechten die Anderen ihre postgenitale Entstehung. Und während die Einen sie auf eine mitunter geschwulstartige Pylorushypertrophie zurückführen, bekämpfen die Anderen diese Ansicht mit der entschiedenen Behauptung, daß es sich stets nur um einen Pyloruskrampf handle.

Demgemäß ist man sich auch noch nicht durchweg einig über die in jedem Falle einzuschlagende Behandlung. Es ist klar, daß die Einen die Entscheidung über den Endausgang lieber dem chirurgischen Messer überlassen, als die Anderen, die gemäß ihrem Standpunkt bis zuletzt immer noch hoffen dürfen, durch diätetische und hygienische Maßnahmen, eventuell auch durch innerliche Medikation die gewünschte Heilung zu erzielen. In der Tat weist ja auch die Literatur eine ganze Anzahl von Fällen auf, die bei dieser Behandlung glücklich verlaufen sind. Freilich sind unter diesen manche mitgezählt, die bei strenger Prüfung wohl kaum als ausgeprägte Pylorusstenose anzusehen sind. Von den schweren Fällen haben eine nicht geringe Zahl unglücklich geendet. Wie häufig dieser Ausgang in den nicht veröffentlichten Fällen eingetreten sein mag, entzieht sich natürlich der Beurteilung. Jedenfalls ist im Hinblick auf diese tödlich verlaufenen Fälle der Standpunkt derer nicht recht verständlich, die jeden operativen Eingriff ablehnen. Und ich kann

[1]) Schotten, Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. v. Volkmannsche klin. Vorträge. N. F. 368.

es daher nicht für richtig halten, daß in einem Lehrbuche, wie dem eben erschienenen von Heubner, das doch einen weitreichenden Einfluß auszuüben berufen ist, die Operation direkt verworfen wird. Das hätte doch nur Sinn, wenn die Operation gar keine Aussicht der Rettung böte oder bisher immer einen unglücklichen Ausgang genommen hätte. Beides ist nicht der Fall.

Natürlich sind die Aussichten einer Operation in den meisten Fällen ganz ohne Frage mehr oder weniger zweifelhaft, operiert man doch an elenden, heruntergekommenen Würmchen oder sogar in extremis, um wenigstens den Versuch der Rettung zu machen. Da nun trotzdem eine Anzahl glücklicher Erfolge erzielt sind, und auch ich selbst über einen solchen verfüge, der allerdings schon einige Jahre zurückliegt, halte ich es in der ausgesprochenen Absicht, die Heubnerschen Anschauungen zu bekämpfen, für geboten, meinen Fall zu veröffentlichen und das Recht auf operative Behandlung an dieser Stelle zu besprechen.

Am 3. Mai 1901 schickte mir der leider schon jung verstorbene Kollege Sülzer zu Groß-Lafferde das 6 wöchentliche Kind Else des Betriebsführers Stens zu Ölsburg zu mit der Diagnose „angeborene Pylorusstenose" und mit der Aufforderung, bei dem Kinde den Versuch der Rettung durch eine Operation zu machen. Die Eltern des Kindes sollen nie krank gewesen sein, vier Geschwister leben und sind gesund. Geboren am 20. März 1901 zeigte das Kind in den ersten 3 Wochen keine Abnormität außer öfterer Verstopfung. Es wurde von seiner Mutter gestillt. Vom 11. April an trat öfters Erbrechen auf, das mehr und mehr zunahm und das Kind sehr herunterbrachte. Es wurden die verschiedensten Arten der Ernährung versucht: Ziegenmilch, Haferschleim, Gärtnersche Fettmilch, Nestlés Kindermehl u. a., doch, ganz gleich, was gegeben wurde, das Erbrechen blieb sich gleich oder nahm sogar zu. Das Erbrechen erfolgte mit großer Heftigkeit im Strahle, manchmal sofort nach der Nahrungsaufnahme, manchmal auch erst später. Galliges Erbrechen soll nie stattgefunden haben. Anfänglich gelb, soll der immer spärlicher erfolgende Stuhlgang dunkler geworden und in den letzten Tagen ganz dunkel gewesen sein. Bezüglich der Urinentleerung wurde nichts Besonderes bemerkt, außer daß sie seltener erfolgte.

Das Kind sah elend, verhungert aus, war stark abgemagert, die Haut war schlaff, aber nicht ganz fettlos. Der im unteren Teile eingefallene Leib war in der oberen Hälfte aufgetrieben. Hier erblickte man etwa in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz mehrere durch von oben nach unten verlaufende Einschnürungen getrennte Auftreibungen, die von links nach rechts wanderten, dem Fingerdruck leicht nachgaben und offenbar nicht schmerzten. Ein Tumor war nicht deutlich zu fühlen. Die Zunge war rein. Sonstige Zeichen von Krankheit waren nicht zu finden.

Die Operation erfolgte, da ich mich der Ansicht des Herrn Kollegen Sülzer nur anschließen konnte und weitere Untersuchungen durch Magenausheberung usw. für zwecklos hielt, am nächsten Morgen, 4. Mai, in Chloroformnarkose. Nach Eröffnung des Leibes in der Mittellinie zwischen Nabel und Schwertfortsatz drängte sich, zum Teil infolge Pressens des nur oberflächlich narkotisierten Kindes der erweiterte, peristaltisch tätige und dabei die erwähnten Auftreibungen und Einschnürungen bildende Magen, Colon transversum und Dünndarm vor, die nur mit Mühe zurückgebracht und zurückgehalten werden konnten. Da das Kind nicht sehr warm war, ließ ich öfters warme Kochsalzlösung über die Eingeweide rieseln. Der Pylorus erschien als eine über haselnußgroße, sich fest anfühlende Kugel. Ich machte infolgedessen gar nicht den von Meinhardt Schmidt kurz zuvor auf dem Chirurgenkongreß vorgeschlagenen Versuch, die Weite seines Kanals nach Eröffnung des Magens von innen her zu prüfen und den Pylorus einfach zu dehnen, sondern führte sofort die Gastroenterostomia anterior antecolica aus an der Grenze des rechten und mittleren Drittels des Magens 1 cm oberhalb der großen Curvatur. Die Operation war durch das Pressen des Kindes, das namentlich dem schnellen Aufsuchen einer

passenden Dünndarmschlinge sehr hinderlich war, einigermaßen erschwert. Die zu- und abführende Darmschlinge wurde, um eine Abknickung an der Anastomose zu verhindern, durch eine paar Situationsnähte in mehr wagerechter Stellung am Magen befestigt. Schluß der Bauchwunde. Operation gut überstanden. Puls leidlich.

5. V. Das Kind bricht noch, sieht sehr heruntergekommen aus, schreit viel, behält aber doch einen Teil der Gärtnerschen Fettmilch. Puls nicht wesentlich beschleunigt.

7. V. Entfernung einiger Nähte. Das Kind ist ruhig, bricht nicht mehr, nimmt gut Nahrung.

9. V. Das Kind sieht etwas besser aus. An einer Stelle ist die Hautmuskelnaht aufgeplatzt; Naht mit Silberdraht.

Das Kind erholte sich von Tag zu Tag, trank gut, brach nie, Nähte am 18. V. entfernt, glatte Heilung.

23. V. Kind entlassen, hat 550 g zugenommen.

Wie ich später hörte, hat sich das Kind gut entwickelt und nie mehr Erscheinungen von seiten seines Magens geboten.

Der günstige Ausgang der Operation ist in diesem Falle in der Hauptsache dem zielbewußten Vorgehen des behandelnden Kollegen zu verdanken, der glücklicherweise nicht die Zeit mit endlosen Ernährungsversuchen vertrödelte und infolgedessen mir das Kind in einem wenn auch heruntergekommenen, so doch nicht so elenden Zustande überwies, daß ich ihm die eingreifende Operation nicht hätte ruhig zumuten dürfen.

Man könnte nun freilich fragen, ob ich überhaupt zu der Operation berechtigt war. In praktischer Hinsicht hat mir der Erfolg Recht gegeben; vom theoretischen Standpunkt könnte mir, wenigstens nach dem jetzigen Standpunkt unserer Kenntnisse, die Berechtigung zur Operation bestritten werden. Nicht so, meiner Meinung nach, nach dem damaligen. Die starken peristaltischen Wellen, die von links nach rechts über das Magengebiet hinzogen und, was ich oben nicht besonders erwähnt habe, durch Betastung der Magengegend leicht hervorgerufen wurden, bewiesen, daß der Pylorusverschluß ein sehr fester und schon länger anhaltender dauernder sein müsse; andernfalls wäre kaum eine so erhöhte Reizbarkeit der Magenmuskulatur zustande gekommen. Ich mußte damals eine geschwulstartige Pylorushypertrophie, einen organischen Verschluß annehmen, einen Verschluß aber durch Spasmus, Krampf allein, der mit der Zeit von selbst oder bei Anwendung geeigneter diätetischer und sonstiger Maßnahmen nachließe, als ganz unwahrscheinlich erklären. Der ganze Zustand im Zusammenhang mit der Vorgeschichte zwang zu der Annahme, daß eine Heilung bei abwartender Behandlung nicht eintreten werde oder zum mindesten höchst ungewiß sei. Wäre es unter diesen Umständen nicht geradezu ein schwerer Fehler gewesen, die Operation abzulehnen, um sie dann doch wahrscheinlich später unter viel ungünstigeren Aussichten ausführen zu müssen?

Ob ich jetzt in einem ähnlichen Falle sofort die Operation ausführen würde, möchte ich bezweifeln. Wir haben zwar seither in der Kenntnis der Krankheit nur geringe Fortschritte gemacht, aber in ihrer Behandlung sind wir insofern einen Schritt weitergekommen, als wir wissen, daß auch fast keine Hoffnung mehr bietende und anscheinend auf angeborener organischer Stenose beruhende Fälle bei geeigneter Diät ohne Operation heilen können. In dieser Beziehung

hat sich namentlich Heubner durch große und eiserne Konsequenz hervorgetan. Er hat gezeigt, daß man durch Verabreichung nur kleiner und kleinster Mengen Nahrung u. a.[1]) noch Erfolge erzielen kann, die man vor einigen Jahren noch für unmöglich gehalten hätte. Dieser Versuch, durch häufige Darreichung nur kleinster Mengen Nahrung die Heilung herbeizuführen, war in meinem Falle nicht gemacht worden; jetzt würde ich ihn erst noch eine Zeitlang durchführen.

Aber, und darin stelle ich mich in bewußten Gegensatz zu Heubner, ich würde den Versuch nicht, wie er, bis zur äußersten Grenze fortsetzen. Wer gibt mir Gewißheit, daß er in jedem Falle gelingt? Wer beweist mir, daß nur Spasmus, nicht wirkliche organische Stenose vorliegt? Und wer steht dafür ein, daß, selbst wenn das erstere der Fall wäre, doch nicht einmal jene Behandlung fehlschlägt? Daß sie Mißerfolge hat, geht aus den neuesten Veröffentlichungen von Bernheim-Karrer, Cantley u. a. hervor. Letzterer berichtet über einen Fall, der sich anfangs ganz gut zuließ, Stuhlgang, Gewichtszunahme hatte, aber ganz plötzlich sich verschlimmerte und binnen wenigen Tagen mit Tod endigte. In diesem, wie in dem Falle Bernheim-Karrers scheint es sich allerdings um wirkliche organische Stenose gehandelt zu haben; die mikroskopische Untersuchung ergab wahre Hypertrophie des Pylorus.

Aber selbst Solche, die gute Erfolge bei abwartender Behandlung gesehen haben, teilen nicht den Standpunkt Heubners. So empfiehlt neuerdings Stamm, dessen beide Fälle ohne Operation gerettet sind, doch für schwierige und hartnäckige Fälle die Operation, desgleichen Schotten und englische Autoren, wie Cantley, Thomson.

Bei der Entscheidung über die einzuschlagende Behandlung ist natürlich immer die Hauptfrage die: ist die Operation gefährlicher als das Abwarten? und bietet die Operation überhaupt noch Aussichten?

Bezüglich des letzteren Punktes lassen sich bestimmte Anhaltspunkte nicht geben. Man wird ja auch in verzweifelten Fällen meist noch den Versuch der operativen Rettung wagen, doch dürfte es sich empfehlen, ihn bei schlechtem Pulse und höchstgradiger Abmagerung ganz zu unterlassen, da die doch nicht leichte Operation dann sicher nicht überstanden wird, andererseits aber durch ihren schlechten Ausgang die Resultate der operativen Behandlung in ein schlechtes Licht gerückt werden und leicht dieser oder jener von der Operation überhaupt, auch zu rechter Zeit, abgehalten wird. Was die Gefährlichkeit der Operation betrifft, so behaupte ich, daß sie, zur rechten Zeit ausgeführt, gar nicht so gefährlich ist, als sie zu sein scheint. Ihre Aussichten hängen nicht nur von dem Alter und dem Kräftezustand des Säuglings ab, sondern auch von der Art der Operation, natürlich auch von der Schnelligkeit, Geschicklichkeit und Umsicht des Operateurs. So ist es, was letzteren Punkt betrifft, unter anderem von

---

[1]) Etwas anderes ist wohl seine Methode nicht, immer reichlich trinken und ruhig brechen zu lassen in der Hoffnung und Erwartung, daß immer ein kleiner Rest Nahrung zurückbleibt, der ausgenutzt wird.

größter Wichtigkeit, daß das Kind während der Operation keine größere Abkühlung erfährt, was durch Operation auf dem warmen Wasserkissen, warme Einpackungen, eventuell Überspülungen mit heißem Kochsalzwasser erreicht werden kann.

Als Operationsmethode kommen in Betracht die Gastroenterostomie. Pylorusplastik und Pylorusdehnung. Die Pylorusresektion, die allein von Heubner, offenbar infolge eines, an dieser Stelle allerdings schwerwiegenden Flüchtigkeitsfehlers, erwähnt und von ihm mit vollem Rechte verworfen wird, ist viel zu eingreifend. Sie ist übrigens nur 2mal ausgeführt worden, beide Male mit unglücklichem Erfolge (Cantley, Stiles) und wird von keinem Chirurgen mehr empfohlen.

Die Erfolge der anderen Operationsmethoden sind, soweit ich die Literatur übersehe und mit Einrechnung meines Falles, folgende:

Pylorusdehnung:	13 Heilungen	(Nicoll, Meinhardt Schmidt, Cantley [4], Thomson [3], Stiles [2], Burchardt [2]).
	3 Todesfälle	(Stiles [Durchbohrung der hinteren Wand des Duodenums], Cantley [2]).
Pylorusplastik:	2 Heilungen	(Cantley)
	1 Todesfall	(Braun).
Gastroenterostomie:	7 Heilungen	(Abel-Kehr, Monnier-Fritzsche, Kehr, Löbker, Trautenroth, Schotten-Jäkh, Franke)
	9 direkte Todesfälle	(Stern, Meltzer, Löbker, Willy Meyer [2], Ibrahim Jordan [2], Schotten-Braun, Stiles)
	1 späterer Todesfall	(Freund) durch sekundäre Duodenalgeschwüre.

Bezüglich der vier Todesfälle, die Thomson neben seinen drei Heilungen nach der Pylorusdehnung hatte, ist mir nicht bekannt, welcher Operation die betreffenden Säuglinge unterzogen waren. Ich bemerke nebenbei als nicht unwichtig, daß er von den sämtlichen 11 Fällen, die er behandelt hat, die übrigen vier, die nicht operiert wurden, verloren hat.

Wenn wir nun sämtliche operierten 40 Fälle[1]) zusammenrechnen, erhalten wir 22 Heilungen, 17 bezw. 18 Todesfälle, ein Resultat, das meiner Ansicht nach als ein günstiges bezeichnet werden muß. Denn man darf mit Recht eine Anzahl der Todesfälle nicht der Operation, sondern muß sie dem zu langen Hinausschieben derselben zur Last legen, sind doch die meisten Säuglinge noch in einem schon recht schlechten Zustande operiert worden, einige fast in extremis. Auch die Operationstechnik ist wohl nicht immer ganz unschuldig an dem unglücklichen Ausgange gewesen; gibt doch Jordan selbst zu, daß das bei ihm der Fall gewesen sein kann, — er machte die hintere

[1]) mit Abzug der zwei Resektionen.

Gastroenterostomie, — weshalb er für spätere Fälle einen einfacheren Eingriff ins Auge gefaßt hat. Ich glaube daher keinem Widerspruch zu begegnen, wenn ich behaupte, daß von den 17 nach der Operation Gestorbenen sicher noch eine Anzahl gerettet worden wäre durch frühzeitigere Operation und richtigere Wahl der Operationsmethode. Das sind wichtige Faktoren, die in Zukunft zu berücksichtigen sind und ohne Zweifel mit der wachsenden Bekanntschaft mit der Krankheit auch Berücksichtigung erfahren werden und dann bewirken werden, daß die operativen Resultate sich wesentlich bessern.

Wie günstig sind doch schon die Erfolge der Pylorusdehnung nach der von mir gegebenen Übersicht!

Wer wollte nun mit Heubner wohl behaupten, daß die durch die Operation Geretteten auch ohne Operation am Leben geblieben wären, oder etwa, daß die nach der Operation Gestorbenen nur durch diese ihr Leben verloren hätten? Beim unbefangenen Lesen der Krankengeschichten gewinnt man den Eindruck, daß alle die Operierten ohne den Eingriff mit größter Wahrscheinlichkeit dem Tode verfallen waren.

Berücksichtigt man nun weiter den Umstand, daß eine ganze Anzahl dieser kleinen Kranken, auch noch in der neuesten Zeit, ohne Operation zugrunde gegangen sind, — man kann für die meisten Fälle behaupten, und die betreffenden Autoren geben das zu, weil sie nicht operiert worden sind, — so glaube ich hinreichend bewiesen zu haben, daß in solchen Fällen das lange Warten gefährlicher ist als eine rechtzeitige Operation.

Es muß demnach die Regel aufgestellt werden, daß man bei der Pylorusstenose der Säuglinge die Operation von vornherein ins Auge fassen und, wenn bei fortgesetzter systematischer, diätetischer und hygienischer Behandlung[1]) bis zu einem gewissen Zeitpunkte keine Besserung eingetreten ist, sondern die Abmagerung fortschreitet, ausführen muß, bevor die Abmagerung und Schwäche einen zu hohen Grad erreicht hat.

Für die Entscheidung über die Notwendigkeit oder das Unterlassen der Operation ist nun noch ein Punkt von einer gewissen Wichtigkeit, der bisher zu wenig berücksichtigt wurde und erst neuerdings von Seefisch eine schärfere Beleuchtung erfahren hat; das ist die Zukunft der nicht operierten Säuglinge. Bleiben sie, nachdem die Erscheinungen der Pylorusstenose in der Säuglingszeit verschwunden sind, völlig frei von allen Beschwerden? Das scheint durchaus nicht immer der Fall zu sein, wie Seefisch an seinem und zwei Fällen aus der Literatur zeigt, in denen im 5., 8. und 11. Jahre wegen angeborener Pylorusstenose die Operation nötig wurde. Mit Rücksicht auf diese Beobachtungen ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß manche eigentümliche Magenbeschwerden von älteren Kindern auf eine „angeborene Pylorusstenose" zurückzuführen sein dürften. Und diese Annahme und Befürchtung wird mit Recht

[1]) Die Behandlung hat zu bestehen in öfterer Darreichung kleiner Mengen Nahrung, die man mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Hyperchlorhydrie des Säuglingsmagens eventuell stärker alkalisch macht, warmen Umschlägen auf den Leib, im Notfall etwas Opium.

den Entschluß zu einer Operation am Säuglinge wenigstens etwas erleichtern.

Welche von den drei Operationen in dem jeweiligen Fall zu wählen ist, läßt sich natürlich von vornherein nicht bestimmen. Wenn möglich, wird man die Pylorusdehnung versuchen, weil sie, wie es scheint, doch in sehr vielen Fällen möglich ist und neben der bestimmten Aussicht auf Heilung die wenigsten Gefahren in sich birgt. Denn sie läßt sich schnell und ohne Herausziehen größerer Teile des Magens und Darms ausführen. Die gleichen Vorteile rühmen Cantley und Dent der Pylorusplastik nach; sie sei von einer kleinen Laparotomiewunde leicht und schnell ausführbar. Es bleibt demnach die Gastroenterostomie für die Fälle vorbehalten, in denen, wie in meinem, der Pylorus eine so dicke, geschwulstartige Form hat, daß man von vornherein die ersten beiden Methoden für unausführbar halten muß. Selbstverständlich ist die vordere Gastroenterostomie (Wölfler) zu machen, bei der ja Magen und Darm am wenigsten der Abkühlung ausgesetzt sind, der Schnelligkeit halber die fortlaufende Naht zu bevorzugen und für möglichste Warmhaltung des Säuglings während der Operation zu sorgen. Kochsalzinfusionen vor und nach der Operation haben die Aufgabe, den Erfolg derselben sichern zu helfen.

Ich habe im vorstehenden die Frage nach der Natur der Erkrankung nur gestreift, da es schon mit Rücksicht auf den mir zur Verfügung stehenden Raum nicht meine Absicht war, genauer auf sie einzugehen. Der Vollständigkeit halber möchte ich aber doch darauf hinweisen, daß gerade in neuester Zeit durch genaue mikroskopische Untersuchungen einiger Fälle (Nordgren, Cantley, Bernheim-Karrer u. a.) der sichere Beweis des Vorkommens einer wirklichen, höchstwahrscheinlich angeborenen Pylorushypertrophie geführt, dadurch die Behauptung derer, die die Pylorusstenose der Säuglinge stets auf einen Spasmus zurückführen, widerlegt und für die Berechtigung der Operation eine noch schärfere Begründung, als die klinischen Erscheinungen allein geben würden, geschaffen ist.

Die Literatur der Pylorusstenose der Säuglinge findet man bis Ende vorigen Jahres sorgfältig zusammengestellt bei Schotten, a. a. O. Dort fehlende und spätere Veröffentlichungen sind geschehen durch:

Bernheim-Karrer, Über Pylorusstenose im Säuglingsalter. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1904. No. 8.

Brissaud, Linite plastique; pylorectomie; guerison. La Semaine médic. 1900. p. 418.

Cnopf, Über angeborene Funktionsstörungen des Verdauungsapparates. Ärzt. Verein Nürnberg. Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 20 Vereinsbeilage.

Cantley, Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. The Lancet. 5. Mars 1904.

Cheinisse, La sténose du pylore chez les nourrissons. La Semaine méd. 1904. p. 261.

Duval, De la sténose congénitale du pylore chez les nouveaux-nés. Thèse de Paris. 1901.

Gillot, De la sténose congénitale du pylore chez les nourrisons. Thèse de Paris. 1900.

Reitzenstein, Diskussion im ärztl. Verein zu Nürnberg. Februar 1903. Deutsche med. Wochenschrift. 1903. No. 20 Vereinsbeilage.

Seefisch, Über stenosierende Pylorushypertrophie im Kindesalter. Deutscher Chirurgenkongreß 1904.

Stamm, Über Pylorusstenose im Säuglingsalter. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 38. Heft 3 u. 4.

Willoughby Gardner, A case of hypertrophic stenosis of the pylorus in an infant. Recovery without operation. Le Lancet. 10. Jan. 1903.

Aus dem Elisabeth-Kinderheim zu Halle a. S.

Riedels Kraftnahrung in der Kinderpraxis.

Von

Dr. med. **A. Klautsch,** dirig. Arzt der Anstalt.

Unter dem Namen „Riedels Kraftnahrung“ bringt die chemische Fabrik von J. D. Riedel in Berlin ein von ihr hergestelltes diätetisches Präparat in den Handel, welches im Gegensatz zu andern, außerhalb des Körpers künstlich schon mehr oder weniger vorverdauten (peptonisierten) Präparaten nur Stoffe enthält, die nicht willkürlich umgeformt, sondern in ihrer natürlichen, organisierten Beschaffenheit erhalten sind. Man hat nämlich die Erfahrung gemacht, daß die vorverdauten Produkte, weil jeder künstliche Eingriff in den Chemismus eines Nahrungsmittels seine Resorbierbarkeit verringert, durchaus nicht immer vertragen werden, daß sie bei empfindlichen Naturen, wie bei Pat. mit geschwächtem Magendarmkanal bisweilen Verdauungsstörungen hervorzurufen vermögen, welche sich sogar bis zu schweren Darmkatarrhen steigern können.

Riedels Kraftnahrung nun vereinigt in sich die wirksamen Bestandteile von zwei höchst wertvollen diätetischen Präparaten; sie ist ein Gemisch von Gerstenmalz mit Hühnereigelb, und zwar ist seine Darstellung so gehandhabt, daß sämtliche in Frage kommenden Bestandteile in ihrer natürlichen Beschaffenheit erhalten werden und keinerlei Umwandlung erleiden. Sie stellt ein grobkörniges, angenehm nach Malzextrakt riechendes, wohlschmeckendes Pulver dar, welches mit Wasser verrührt eine emulsionsartige Flüssigkeit von eidottergelber Farbe gibt, die erst nach längerem Stehenlassen eine geringe Abscheidung von Eiweiß wahrnehmen läßt. Unter dem Mikroskop erkennt man Fett- und Eiweißpartikelchen in überaus feiner Verteilung, aber keine Amylumkörner.

Einer von Dr. Aufrecht (Berlin) ausgeführten Analyse zu Folge enthält die Kraftnahrung

Wasser	2,44 %
Mineralstoffe	2,36 %
Organische Substanzen	95,20 %
letztere enthalten:	
Fett (Ätherextrakt)	5,87 g
Gesamtstickstoff	1,65 „
entsprechend Eiweißkörpern	10,31 „
in Form von Nuklein	0,28 „

in Form von Lecithin . . . . . 1,75 „
außerdem Maltose . . . . 40,97 „
und Dextrin . . . . 36,30 „
ferner geringe Mengen aktiver Diastase.

Die Bestimmung der wesentlichsten Mineralstoffe ergab in Prozenten:
Phosphorsäure . . . . 57,47 %
Eisen . . . . 1,85 %
Kalk . . . . 2,76 %

Von der Gesamtstickstoffsubstanz erwiesen sich als:
unverdaulich . . . . 0,72 g
verdaulich . . . . 9,59 „
in Prozenten der Gesamtstickstoffsubstanz verdaulich 93,01 %.

Die Prüfung auf Albumosen ergab einen negativen Befund.

Nach den Ergebnissen dieser Analyse stellt Riedels Kraftnahrung ein wohlschmeckendes, größtenteils lösliches, gut und leicht verdauliches Präparat von hohem Nährstoffgehalt dar, gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an blut- und knochenbildenden Bestandteilen (Phosphor und Eisen, beide in organischer Bindung). Es enthält vor allen Dingen keinerlei vorverdaute und somit darmreizende Substanzen, wie Albumosen und Peptone.

Als besondere Vorzüge des Präparates hervorgehoben zu werden verdienen die überaus feine Verteilung von Fett und Eiweiß, das gänzliche Fehlen von Stärke und Zellulose, der minimale Wassergehalt und nicht zum wenigsten der relativ hohe Gehalt an Lecithin und aktiver Diastase.

Geheimrat Professor Dr. Ewald (Berlin) unterzog die Riedelsche Kraftnahrung einer umfangreicheren Prüfung und ließ dieselbe einer Reihe von Kranken unter Kontrolle der Wage verabfolgen. Derselbe spricht sich in einem Gutachten über das Präparat dahin aus: „daß die Riedelsche Kraftnahrung ausnahmslos von allen Pat., denen dieselbe verabreicht wurde, gern genommen worden ist, daß keinerlei unangenehme Nebenwirkungen derselben, namentlich keine Verstopfungen auftraten, und daß in geeigneten Fällen eine allgemeine Aufbesserung der Ernährung und Gewichtszunahme statthatte, die bei gleichbleibender Diät aber ohne die Kraftnahrung nicht erzielt werden konnte.“

Auf Grund dieses günstigen Resultates nahm ich Veranlassung, das Präparat auch im Kindesalter zu erproben, wo man ja leider nur allzu häufig in die Lage versetzt wird, von künstlichen Nährpräparaten Gebrauch zu machen. An einer Anzahl von Kindern, die ich aus dem Bestande des hiesigen St. Elisabeth-Kinderheims dazu auswählte, habe ich im Sommer dieses Jahres, da mir die Fabrik genügende Versuchsquantitäten mit dankenswerter Liberalität zur Verfügung stellte, während eines Zeitraumes von 3 Monaten Ernährungsversuche anzustellen, und mir durch fortlaufende Kontrolle des Gewichtes, des Allgemeinbefindens sowie der Veränderung der Stühle ein eigenes Urteil über ihre Verwendbarkeit im Kindesalter zu bilden Gelegenheit gehabt. Meine Beobachtungen erstrecken sich im ganzen auf 9 Kinder im Alter von 5 Monaten bis zu 3 Jahren, bei denen ich die Kraftnahrung mehrmals täglich teelöffelweise verabreichen ließ, und zwar wurde sie bei den 5 Säuglingen der Milch einfach zugesetzt, während die vier größeren Kinder sie in Brei und Getränken wie Bouillon, Kaffee, Kakao usw. verrührt erhielten.

Da ich mir auf Einzelheiten der beobachteten Fälle des näheren einzugehen erspare, so möchte ich an dieser Stelle nur auf das Gesamtergebnis der Versuche mit einigen Worten eingehen. Sämtliche Kinder waren schlecht genährt, durch vorangegangene schwerere Magendarmkatarrhe und Lungenerkrankungen stark abgemagert und sehr anämisch; es waren also alles Kinder, bei denen es ganz besonders darauf ankam, die Ernährung des geschwächten Körpers zu heben, eine Erhöhung der assimilierten Nährstoffmengen anzustreben.

Von sämtlichen 9 Kindern wurde nun die Kraftnahrung ausnahmslos gern genommen und zwar fortdauernd, ohne Widerwillen zu erregen, und was die Hauptsache ist, auch gut vertragen, ohne daß sich irgend welche unangenehmen Reizerscheinungen von seiten des Darmes oder Magens danach eingestellt hätten. Es zeigten sich weder Erbrechen noch dyspeptische Erscheinungen, die Entleerungen waren meist gut verdaut, geformt, von alkalischer Reaktion und zeigten nichts besonders Charakteristisches.

Das subjektive Befinden sämtlicher Kinder war während der ganzen Beobachtungszeit als ein recht befriedigendes und ihr Aussehen als ein ganz vorzügliches zu bezeichnen. Der Schlaf, der beste Gradmesser für die Bekömmlichkeit einer Nahrung, besonders bei Säuglingen, war ruhig und ungestört. Das Körpergewicht erfuhr bei sämtlichen Kindern, wie die allwöchentlich vorgenommenen Wägungen ergaben, in verhältnismäßig kurzer Zeit eine ganz erfreuliche Zunahme. Zur Illustration der erzielten Gewichtszunahmen seien die Resultate der Körperwägungen nur zweier, und zwar der jüngsten Kinder mitgeteilt.

Fall 1. Willy F. aus Leipzig, geb. am 23. Februar 1904 wird am 1. August 1904 im Alter von 5 Monaten aufgenommen mit einem schweren Brechdurchfall. Sein Körpergewicht betrug

1. Aug.	6725
8. Aug.	6375
15. Aug.	6220
22. Aug.	6375
29. Aug.	6510
5. Sept.	6700
12. Sept.	6875
19. Sept.	6925
26. Sept.	7300
3. Okt.	7550
10. Okt.	7875

Vom 25. Aug. ab wird der Milch anfangs nur einmal, allmählich zwei- und dann dreimal täglich 1 Teelöffel Kraftnahrung zugesetzt.

Fall 2. Paul Sch. aus Halle a. S., geb. am 16. Juli 1903 wird am 25. Juli 1904 im Alter von 1 Jahr aufgenommen. Bei seiner Aufnahme bestand ein mittelschwerer Darmkatarrh. Sein Körpergewicht betrug

25. Juli	9150
1. Aug.	9000
8. Aug.	9250
15. Aug.	9500
22. Aug.	9900
29. Aug.	10225
5. Sept.	10475
12. Sept.	10600
19. Sept.	10850
26. Sept.	11125
3. Okt.	11350
10. Okt.	11575

Vom 5. Aug. ab wird Kraftnahrung teils in der Milch, teils in anderen Getränken verabreicht.

Ich bin überzeugt, daß ein wesentlicher Anteil an diesem beachtenswerten Erfolge dem Präparat zu verdanken ist, wenn auch die geringe Zahl der Fälle mir keine zu weit gehenden Schlüsse in dieser Beziehung gestattet.

Wenn ich mir auf Grund meiner Beobachtungen, welche sich allerdings auf kein allzu großes Material erstrecken, dafür aber den Vorzug besitzen, durchweg an Anstaltskindern, welche einer genauen Kontrolle unterliegen, angestellt worden zu sein, über die Riedelsche Kraftnahrung und ihre Verwendbarkeit im Kindesalter ein Urteil erlauben darf, so kann ich mich nicht anders als anerkennend über ihre Wirkungsweise äußern und ihre Anwendung in der Kinderpraxis in dazu geeigneten Fällen nur empfehlen. Riedels Kraftnahrung ist ein hervorragendes Nährpräparat, welches die zum Ausbau des menschlichen Organismus notwendigen Nährstoffe — Eiweiß, Fett, Kohlehydrate und Salze — enthält, und zwar in einer leicht löslichen und vollkommen resorbierbaren Form, und welches daher als Zusatz zur gewöhnlichen alltäglichen Nahrung gute Dienste bei der Ernährung zu leisten imstande ist. Dieselbe kann schwächlichen Säuglingen unbeanstandet vom fünften Monat ab, vor allem aber solchen Kindern, deren Verdauungsfähigkeit geschwächt ist oder daniederliegt, die aber einer etwas ausgiebigeren Ernährung bedürfen, mehrmals täglich teelöffelweise in Suppen, Getränken usw. verabreicht werden.

II. Referate.

Carl Looft (Norweger), Über spastische Pylorushypertrophie bei Säuglingen. (Medicinsk revue. 1904. Juni.) Der Verf. teilt die Krankengeschichten drei kleiner Pat. mit, von welchen der eine sich erholte, der zweite, der in Besserung war, an Tuberkulose, der dritte an Bronchopneumonie starb. Die Sektionsbefunde zeigten eine bedeutende Stenose und (im Sinne Pfaundlers) starke Hypertrophie von Pylorus. Er schließt sich betreffs der Pathogenese Heubners Auffassung an. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Elliesen, Über idiopathische Hypertrophie der Ösophagusmuskulatur. (Virchows Archiv. Bd. 172. Heft 3. 1903.) Bemerkenswert ist unter anderem diese Beobachtung dadurch, daß man wohl mit einiger Bestimmtheit die Anfänge der Veränderungen am Ösophagus auf das 15. Lebensjahr des betreffenden Mannes zurückführen konnte.

Seine Ehefrau teilte nämlich mit, daß ihr Mann seit dem 15. Jahre sehr langsam habe essen müssen, da er, wenn er nicht sehr klein gekaut habe, starken Druck „im Magen“ verspürt habe. (Es handelt sich wohl um eine irrtümliche Verlegung der Schmerzen in den Magen statt in die Speiseröhre). — Bei der Sektion des 36jährigen Mannes zeigte sich, daß der Ösophagus in ein dickes, derbes Rohr verwandelt

war. Die Ringsmuskulatur war in höchstem Grade, bis zu 0,7 cm, verdickt, während die Längsmuskulatur wenig verändert war.

Schridde (Marburg).

W. Meyer (New York), Aufklappen des Rippenbogens wegen undurchgängiger Narbenstriktur der Speiseröhre. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1904. No. 26.) Marwedel hat kürzlich die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und im Zwerchfellkuppelraume angegeben. M. nahm dies Verfahren zu Hilfe bei einem Knaben, der durch Verschlucken von Kalilauge seit Jahren die Narbenstriktur der Speiseröhre hatte, und er war mit dem Resultat sehr zufrieden. Die Operation bewies, in welch trefflicher Weise durch Aufklappung des Rippenbogens wir zu den für gewöhnlich im Zwerchfellkuppelraume verborgenen Abschnitten der betreffenden Organe auch unter erschwerenden Umständen Zugang erlangen können.

Grätzer.

Vincenzo Gradini, Ein Fall von Narbenstenose des Rectum. (La Pediatria. November 1903.) Ein 2jähriges Kind wurde mit fast völliger Stuhlverhaltung und aufgetriebenem Abdomen ins Spital aufgenommen, wo zur Erleichterung seines Zustandes mehrere Male Punktionen des Kolon vorgenommen wurden. Exitus im Kollaps. Bei der Sektion stellte sich heraus, daß eine Narbenstenose des Rektum 5 cm oberhalb des Anus vorhanden war, nebst sekundärer Ektasie des Kolon mit Hypertrophie der muskulären Wand. Als wahrscheinliche Ursache wird Syphilis angenommen.

F.

Tarozzi, Hirschsprungsche Krankheit und idiopathisches Megakolon. (Riforma medica. 1903. 188 u. 189.) Verf. meint, daß die bisher beobachteten wenigen Fälle von Megakolon bei Erwachsenen (Faralli, Osler, Bastanelli, Pennato) von der Hirschsprungschen Krankheit durchaus unterschieden werden müssen. Letztere gehört nur dem Kindesalter an, beginnt gleich oder kurz nach der Geburt und hat ihren Grund in einer angeborenen Anomalie des Kolon ohne Stenose, während erstere im reiferen Alter beobachtet wurden und auf verschiedene nicht angeborene Ursachen zurückzuführen sind. Er führt einen Sektionsbefund an.

F.

B. Ruczynski, Über einen Fall von Carcinoma coli bei einem 13jährigen Knaben. (Aus dem patholog.-anatom. Institut an der deutschen Universität in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 41.) Primäres Adenokarzinom des Kolon, welches in typischer Weise die regionären Lymphdrüsen und die Leber infiziert hatte.

Grätzer.

Ball, Adenoma and Adenocarcinoma of the rectum. (Brit. medical Journal. 1903. S. 413ff.) B. gibt in dem ersten Teil seiner Arbeit eine ausführliche Beschreibung der Adenome (mit zahlreichen Abbildungen), ohne jedoch dabei etwas wesentlich Neues zu bringen. Die in den folgenden Nummern derselben Zeitschrift erscheinende und den Hauptbestandteil der Arbeit bildenden Fortsetzungen haben hier kein Interesse.

Schreiber (Göttingen).

Spurgin, A case of spontaneous cure of rectal adenoma. (Brit. med. Journ. 1903. S. 666.) S. berichtet über den spontanen

Abgang eines gestielten Adenoms von der Größe einer Haselnuß, bei einem $4^1/_2$jährigen Mädchen, das bis dahin keinerlei Erscheinungen eines Polypen gehabt hatte. Es bestand eine Obstipation und während des Pressens ging der Polyp ab. Verf. wurde gerufen wegen der nachfolgenden Blutung. Schreiber (Göttingen).

Cesare Cattaneo, Über Abdominaltumoren bei Kindern. (La Pediatria. V. 1904.) Eine zusammenfassende Übersicht über das bezüglich dieses Gegenstandes Bekannte. F.

A. Karczewski, Ein Fall von Ovarialzyste bei einem 10jährigen Mädchen mit Stieltorsion. Volvulus des S Romanum. (Aus dem Kindlein Jesu-Hospital in Warschau.) (Centralblatt f. Gynäkologie. 1904. No. 17.) Es verdient besonders das komplizierte klinische Bild Interesse, und zwar wegen der gleichzeitigen Beteiligung zweier Prozesse: der Drehung des Zystenstieles und der Achsendrehung der Flexur. Zweifellos ist als Hauptmoment für beides der Ovarialtumor zu betrachten; derselbe gab schon seit geraumer Zeit zu Beschwerden Anlaß. Es ist höchstwahrscheinlich, daß der Tumor kurz nach der Geburt des Kindes zu wachsen begann. Solange die Geschwulst klein war, blieb sie verborgen. Der Anamnese nach gab die Stuhlverstopfung im Laufe der ersten sieben Lebensjahre zu keinen Beschwerden Veranlassung. Erst seit 3 Jahren ging längere Obstruktion mit Schmerzen einher, wahrscheinlich, weil der Tumor ein mechanisches Hindernis im Becken bildete. Die wachsende Geschwulst wurde endlich so groß, daß sie im kleinen Becken keinen Platz mehr fand, sondern mit ihrem oberen Abschnitt in die Bauchhöhle hineinragte. Nun erfolgte eine Lageveränderung der Zyste, und zwar in dem Sinne, daß ihr oberer Abschnitt eine Neigung nach vorn erlitt und den tiefer gelegenen Teil nach sich zog; auf diese Weise kam diese Zyste vor den Uterus zu liegen. Während der Wanderung der Geschwulst findet eine Stieltorsion statt — etwa um 90°. Diese Drehung kann eine derartige Steigerung erfahren, daß die Stielgefäße eingeklemmt werden. Erst dann treten die typischen Störungen auf. In obigem Falle ist als veranlassendes Moment ein Stoß mit dem Ellbogen in den Bauch anzusehen. Die vollständige Stieltorsion wurde noch durch Volvulus flexurae sigmoideae kompliziert, der durch drei Momente veranlaßt war, nämlich: die linksseitige Lage der Geschwulst, die Kürze des Stieles und die Elongation des Gekröses der Flexur. Alle Symptome des Ileus waren vorhanden: Erbrechen, Fehlen von Stuhl und Winden, Bauchschmerzen. Es fehlte nur das vierte Symptom: Meteorismus. Die Lokalisation der Schmerzen im linken Hypogastrium lenkte sofort den Verdacht auf Volvulus der Flexur.

Man schritt zur Operation, auf keine sichere Diagnose gestützt, sondern lediglich auf Grund allgemeiner, anscheinend lebensgefährlicher Erscheinungen. Die Diagnose eines Ovarialtumors war schwierig, glücklicherweise war trotz dieser Schwierigkeit der Ausgang ein glücklicher. Grätzer.

L. Kredel (Hannover), Über die akute Darminvagination im Kindesalter. (Die Heilkunde. 1904. No. 8.) K. gibt noch einmal

kurz den Inhalt einer Arbeit aus den „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 12" wieder, hat aber über diesen Gegenstand noch weitere Erfahrungen gesammelt, auf die gestützt, er desto bestimmter seine Schlußfolgerungen wiederholen kann. Dieselben lauten:

Unter den Gefahren der Operation bei der akuten Darminvagination kleiner Kinder steht die des Chok weitaus voran.

Um ihm vorzubeugen, ist es durchaus nötig, so früh als irgend möglich zu operieren, und zwar je kleiner das Kind, je eiliger. Wo das Leben erst nach Monaten zählt, soll man den Termin für die Operation nicht nach Tagen, sondern nach Stunden rechnen.

Der Begriff der Frühoperation oder richtiger rechtzeitigen Operation ist nicht über 24 Stunden hinaus auszudehnen. Eine Operation am zweiten Tage kommt häufig schon nicht mehr früh genug. Die Dringlichkeit des Eingriffes ist die gleiche, ja sogar größer als bei eingeklemmten Hernien. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Gedanke die Richtschnur für das Handeln der deutschen Ärzte werden wollte, wie das in England bereits seit den letzten Jahren der Fall ist.

Wassereinläufe oder Lufteinblasungen sollte man bei Kindern unter 1—2 Jahren gar nicht erst versuchen, ausgenommen als Vorakt für die unmittelbar folgende Operation.

Wird bei der Operation die Invagination irreducibel gefunden, so ist die Prognose auch heute noch so ungünstig, daß es lohnt, nach Operationsverfahren zu suchen, welche so schonend wie irgend möglich sind. Vielleicht wird die von K. versuchte Unterbindung des Mesenteriums mit gleichzeitiger Anlegung einer temporären Darmfistel zuweilen von Nutzen sein, in ganz verzweifelten Fällen eventuell auch die Anlegung der Darmfistel allein. Nur wenn die Kinder das zweite Lebensjahr überschritten haben und noch kräftig genug sind, wird man an kompliziertere Eingriffe denken können. Grätzer.

Hogarth, Case of chronic intussusception. Operation. Recovery. (Brit. med. Journ. 1903. S. 850.) Das 6jährige Mädchen war 6 Wochen vorher unter kolikartigen Schmerzen und Durchfällen erkrankt; Blut oder Schleim waren nie abgegangen. Bei der Operation fand sich eine Ileokoecalintussusception, die leicht reduziert wurde. Der Appendix war in das Koekum invaginiert und bildete die Spitze der Intussuszeption. Die Appendix wurde abgetragen. Die Heilung verlief schnell und glatt. Schreiber (Göttingen).

Anderson, Case of internal strangulation through a hole in the mesentery. (British medical Journal. 1903. S. 489.) Der 14jährige Pat. erkrankte unter den Erscheinungen einer Perforationsperitonitis; bei der vorgenommenen Operation fand sich dagegen eine Strangulation des Ileums in einem Loch des Mesenteriums. Als Ursache wird Radfahren vermutet. Schreiber (Göttingen).

Walcha (Riesa a. E.), Sigmoiditis acuta. (Deutsche med. Wochenschr. 1904. No. 35.) W. betont, daß zirkumskripte Peritonitis im Anschluß an Sigmoiditis acuta gar nicht selten vorkomme, und führt zum Beweise dafür mehrere Beobachtungen an. Grätzer.

E. Döbeli (Bern), Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Peritonitis im Säuglingsalter. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 14.) 11 Wochen altes Kind stirbt unter peritonitischen Erscheinungen. Die Sektion ergibt, daß es sich um Streptokokkenperitonitis gehandelt hat; die Eingangspforte der Infektion war nicht zu eruieren, doch glaubt D. als sicher hinstellen zu können, daß analog ähnlichen Fällen auch hier die Darmschleimhaut die Eingangspforte gebildet hat. Grätzer.

Alb. Dreifuss, Über einen Fall von offenem Meckelschen Divertikel. (Aus der chirurgischen Univers.-Kinderklinik in München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 40.) D. beschreibt einen durch Operation geheilten Fall.

Das am 24. XI. 1898 geborene Kind kam am 22. II. 1902 in die Klinik. Der Knabe soll die ersten $^3/_4$ Jahre völlig normal gewesen sein. Dann bemerkte man plötzlich, daß die Haut am Nabel offen war; aus der Öffnung kam Blut heraus, und zwar anfangs ziemlich reichlich, später schwächer (soll aber auch jetzt noch zuweilen auftreten). Seit Sommer 1901 läuft aus der Nabelöffnung auch eine geringe Menge heller Flüssigkeit ab. Das körperlich und geistig normal entwickelte, gesund aussehende Kind weist sonst nichts Abnormes auf. Nur die Nabelnarbe erscheint verbreitert, gerötet, stellenweise exkoriiert. Am oberen rechten Quadranten findet sich eine Fistel, bei deren Sondierung man ca. 5 cm direkt nach hinten gelangt. Bei Palpation fühlt man den Nabelring stark verdickt und von ihm deutlich einen Strang nach hinten gehen, so daß der Nabel nicht mit den Bauchdecken abgehoben werden kann. Einen zweiten Strang fühlt man nach oben gegen die Leber zu ziehen. Harn und Kot treten aus der Fistel nicht aus. Kein Schleimhautprolaps.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Offenes Meckelsches Divertikel.

Diese Diagnose bestätigte sich bei der Operation. Bei dieser erwies es sich als praktisch, vor der vollständigen Umschneidung des Nabels den Divertikel am Darme abzutragen und die Darmwunde zu verschließen.

Bemerkenswert war das Auftreten der Affektion erst im Alter von $^3/_4$ Jahren. Man muß da wohl eine Entzündung am Nabel verantwortlich machen, die von den Angehörigen übersehen wurde. Grätzer.

Hans Salzer, Über das offene Meckelsche Divertikel. (Aus der allgem. Poliklinik und dem pathol.-histolog. Institut in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 22.) 5 monatliches Kind mit einer kleinen roten Geschwulst an Stelle des Nabels. Der Tumor hatte an der Kuppe eine Fistelöffnung, durch die man mit der Sonde bis auf 2 cm leicht gegen die Bauchhöhle zu eindringen konnte, und verjüngte sich gegen die Basis zu so, daß er wie gestielt dem Nabel aufsaß. Es soll sich seit dem sechsten Lebenstage, wo in normaler Weise der Nabelschnurabfall erfolgte, entwickelt haben. Nach allem konnte es sich nur um Persistenz des Dotterganges handeln. Operation mit Billrothscher Mischung. Grätzer.

Becker (Frankfurt), Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Mastdarmprolapses. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 41. Heft 1.) Nach kurzer Erwähnung aller bis jetzt zur Behandlung des Mastdarmprolapses angegebenen Operationsverfahren schildert B. die von Rehn (Frankfurt) angewandte Methode. Von einem kreisförmigen Schnitt um den After wird die nach außen gewandte Schleimhaut des Prolapses bis zur Spitze desselben von der Muscularis los-

getrennt. Die blosgelegte Muscularis wird durch mehrere Nähte aufgefältelt und legt sich als elastischer Ring an den Sphincter ani an, den er durch seine elastische Wirkung unterstützt. Der überragende Schleimhautteil wird reseziert und die Schleimhaut mit der Außenhaut vernäht. — B. will dadurch die Vorteile der beiden Hauptmethoden Herstellung eines Analverschlusses und Resektion des erschlafften Mastdarmrohres miteinander vereinigen. Alle 11 Fälle, bei denen die Methode bisher angewandt wurde, blieben beschwerde- und rezidivfrei. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

C. E. Uldall (Däne), Ein Fall von Atresia ani. (Hospitalstidende. 1903. No. 31.) Ein ausgetragener Knabe wurde, 20 Stunden alt, ins Spital aufgenommen. Seit der Geburt hatte er keinen Stuhl oder Flatus gehabt, sondern reichliches Mekonium erbrochen. Unterleib ziemlich groß, kein Meteorismus. Anus normal. $3\,^1/_2$ cm aufwärts fühlte der explorierende Finger eine Verengerung, die $1\,^1/_2$ cm aufwärts für eine Sonde passabel war, dann aber blind endete. Bei der gleich nach der Aufnahme vorgenommenen Operation wurde ein ganz dünnes, leeres Rektum auf der vorderen Fläche des Kreuzbeines gefunden, welches zum analen Stück und zu der Haut genäht wurde. Durch einen in das Lumen hereingeführten Katheter kamen weder Flatus noch Mekonium. Die Eltern hatten sich einer explorativen Laparotomie mit eventueller Enterostomie widersetzt. Der Knabe befand sich die folgenden Tage wohl, trank sein Milchwasser, erbrach 3mal des Tags Mekonium; er hatte stets keinen Stuhl. Die Eltern erlaubten dann die Laparotomie. Der Knabe war 10 Tage alt; nach Eröffnung des Unterleibs wurde in der rechten Seite eine stark aufgeblasene, blind endende Darmschlinge gefunden, das nach dem Blindsacke folgende Mesenterium war auf einer kleinen Strecke ohne Darm; der Rest des Darms war sehr unentwickelt. Ein wenig linksseits der Mittellinie wurde außerhalb der Spina ilei ant. sup. eine wallnußgroße Zyste gefunden zwischen der Bauchwand und zwei Crura eine Dünndarmschlinge, auf ihrem Mesenterium ruhend und adhärent zu den Umgebungen. Die Zyste ließ sich doch ausschälen, sie war durch einen langen, dünnen Stiel ohne Lumen mit dem Mesenterium verbunden, dessen Darm fehlte. Der aufgeblasene Darm wurde zu der Bauchwunde vernäht und der Darm eröffnet 4 Stunden nach der Operation starb das Kind. Sektionsbefund: Der Magen von normaler Form, 7 cm lang, 5 cm breit. Duodenum und das erste Stück des Jejunum hatten dicke Wände und waren ausgedehnt, so daß der Diameter 3 cm war. Die Länge des Duodenum war 6 cm, das blind endende Stück des Jejunum war 50 cm von der Fossa duodenojejunalis entfernt, das folgende Mesenterium war eine Strecke von 5 cm ohne Darm; der Rest des Dünndarms hatte einen Diameter von 1 cm, der Dickdarm, welcher ein hohes Gekröse hatte, hatte einen Diameter von $^1/_2$ cm. Rektum war leer, der Rest des unentwickelten Darmes war mit einer lehmartigen gelbgrünen Masse gefüllt. Alte fibröse Belege wurden an der peritonealen Seite des Endes des aufgeblasenen Darmes und des ersten Stückes des unentwickelten gefunden. Die Zyste enthielt eine schokoladeähnliche Masse, die Wand war 2—7 mm dick und mit Kalk imprägniert; sie wurde durch die

mikroskopische Untersuchung als ein unter Zyanose geschlossenes, nekrobiotisiertes und kalkinfiltriertes Darmdivertikel gedeutet. Wahrscheinlich ist auf einem frühen Zeitpunkte des fötalen Lebens des Kindes eine Achsendrehung geschehen, durch welche ein Stück des Darmes abgeschnürt worden ist und in die gestielte Zyste umgebildet. Hierdurch läßt sich erklären, daß einem Teil des Mesenteriums der Darm fehlt; die Zyste ist dann ein Enterocystom, welches sonst am häufigsten bei mangelhafter Involution des Ductus omphalo-mesaraicus entsteht.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Holger Trautner (Däne), Ein Fall von vollständiger Atresia ani et oesophagi. (Hospitalstidende. 1904. No. 17.) Es handelte sich um einen ausgetragenen Knaben; gleich nach der Geburt wurde Mekonium durch die Urethra entleert, es war kein After vorhanden, sondern nur ein erhöhter bräunlicher Hautring hinter dem Radix scroti, innerhalb des Ringes war die Haut ganz normal. Aus der Blase wurde mit Katheter klarer Harn entleert, was andeutete, daß der Darmkanal in die Urethra ausmündete. Durch Einschnitt des Perinaeum wurde das Rektum hinter der Blase gefunden, es wurde herabgezogen und inzidiert, nachdem es im vordersten Wundwinkel fixiert war. Ein schmaler Kanal verband das Rektum mit der Pars membranacea der Harnröhre, die Verbindung wurde in der Nähe der Urethra durchgeschnitten, so daß der in die Blase eingeführte Katheter während der Operation durch einen Substanzverlust gesehen wurde. Das Kind vertrug die Operation gut, am nächsten Tage sog das Kind eifrig, aber die Mutter bemerkte, daß das Schlucken beschwerlich war. Mekonium ging durch den künstlichen After ab, die Harnentleerung war normal, der Harn ging nicht durch die Wunde ab. Am dritten Tage gute Funktion der neuen Analöffnung; Aussehen der Wunde gut; aber es zeigte sich, daß das Kind nicht schlucken konnte; die feinsten Sonden konnten nicht durchgehen, sie blieben hinter dem Kehlkopf stehen. Während der Operation wurde eine auffallende Menge Schleim im Munde und Rachen beobachtet, aber dieses Symptom, welches wahrscheinlich in Verbindung mit der Mißbildung der Speiseröhre stand, wurde nicht beachtet. Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf dieses Symptom, dessen richtige Ausdeutung die Operation des Rektums als voraus hoffnungslos unmöglich gemacht hätte; diese schien übrigens gelungen gewesen zu sein. In embryologischer Beziehung hat der Fall Interesse, wenn man nämlich eine Entwicklungshemmung im Entoderm als die Ursache der Mißbildung annimmt, scheint nur der After selbst dem Ektoderm anzugehören, während dieses den oberen Teil der Speiseröhre oder vielleicht vielmehr den unteren Teil des Rachens zu bilden scheint. Die Verengerung wurde an der Stelle, wo man bei dem Sondieren Widerstand zu fühlen pflegt, vorgefunden, und es ist möglich, daß die physiologische Verengerung hier durch die Begegnung des Ekto- und Entoderms gebildet wird.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Antonio Jovane, Primäre Darmtuberkulose mit beginnender sekundärer Lungentuberkulose bei einem 30 Monate

alten Knaben. (La Pediatria. IV. 1904.) Im Dünn- und Dickdarm des Kindes fanden sich Ulzerationen und Anhäufungen von zum Teil bereits verkästen Tuberkeln; die Mesenterialdrüsen waren verdickt. Dagegen war der tuberkulöse Prozeß an der Pleura und in der Lunge erst im Beginn begriffen. Verf. weist auf das selten beobachtete Vorkommen einer Propagation der Tuberkulose vom Intestinum auf die Lunge hin. F.

J. Comby (Paris), Pleurésie simulant l'appendicite. (Arch. de méd. des enf. 1904. No. 8.) C. hat in Verbindung mit Zielinski einen Fall veröffentlicht (Arch. de méd. des enf. 1902. S. 741), wo eine bestehende Pneumonie eine Appendizitis vortäuschte. Ähnliche Fehler sind auch von anderer Seite bekannt gemacht worden. Nun hat C. einen Fall beobachtet, wo eine akute Pleuritis dieselbe Krankheit vorgetäuscht hatte. Der betreffende $7\,^1/_2$ jährige Knabe hatte Skarlatina durchgemacht, war bereits eine Woche fieberfrei gewesen, als das Thermometer wieder anstieg, sich heftige Bauchschmerzen in der rechten Seite einstellten, der Bauch wurde balloniert und es bestanden kalte Schweiße, doch kein Erbrechen und keine Konstipation. Nach einigen Tagen wurde Husten- und Dyspnoe beobachtet und ergaben Auskultation und Perkussion das Bestehen einer rechtsseitigen Brustfellentzündung mit reichlichem Erguß. Es gibt also Pleuritiden, die Appendizitis vortäuschen und für welche der Verf. den Namen pseudoappendikuläre Pleuresien vorschlägt. E. Toff (Braila).

E. Martin, Ein Fall von inkarzerierter Zwerchfellhernie. Beitrag zur chirurgischen Therapie der Hernia diaphragmatica. (Aus dem neuen evangel. Krankenhaus Köln.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 29.) 15 jähriger Knabe war 2 Jahre vorher in einen Keller gestürzt. Die jetzige Hernie steht im Zusammenhang mit diesem Trauma. Operation. Kurz darauf Exitus.

M. betont, man sollte bei allen sicher diagnostizierten Zwerchfellhernien bei der Operation den perpleuralen Weg durch einfache Thorakotomie beschreiten. Wird die Hernie erst bei der Laparotomie entdeckt, so mache man erst keine Versuche, die Einklemmung zu eliminieren, sondern gehe nach Schluß der Bauchwunde sofort zur Thorakotomie über, eventuell nach Anlegung einer seitlichen Darmfistel.

Zum Schluß wiederholt M. die wesentlichsten Punkte seiner Ausführungen wie folgt: „Bei unklaren Ileusfällen soll man, falls vor kürzerer oder längerer Zeit ein Trauma der Zwerchfellgegend voraufgegangen ist, stets auch an eine Hernia diaphragmatica denken. Auf diese Weise wird es unter Zuhilfenahme aller übrigen klinisch diagnostischen Hilfsmittel möglich sein, wenigstens mit Wahrscheinlichkeit die richtige Diagnose zu stellen. Wenn dann sobald als möglich eingegriffen wird, und zwar vom Thorax aus, je nachdem mit oder ohne vorausgeschickte Probelaparotomie, so wird, dürfen wir hoffen, die Operation der inkarzerierten Zwerchfellhernien öfter als bisher von Erfolg gekrönt sein.“ Grätzer.

Saba Frontini, Ein seltener Fall von Lungenhernie bei einem 3jährigen Knaben. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1904.) Bei dem rachitischen Knaben fand sich im zweiten rechten

Interkostalraum ein rundlicher nußgroßer Tumor, der mit den Respirationsbewegungen sein Volumen leicht ändert; beim Weinen des Kindes erreicht er sein größtes Volumen, ungefähr taubeneigroß, verschwindet dagegen bei tiefer Inspiration ganz und läßt eine kleine Einsenkung zurück. Er fühlt sich elastisch an und ist leicht zu reponieren, wobei man ein Gefühl von Krepitation hat. Sein Perkussionsschall unterscheidet sich in nichts von dem der Lunge.

Prädisponierend wirkt in diesem Fall für das Zustandekommen der Lungenhernie die Schwäche der Thoraxwandungen, die Dünnheit der Interkostalmuskeln, ferner ein vikariierendes Emphysem, das sich im Verlauf einer Bronchitis gebildet hatte, und der Druck der Bauchpresse. Als determinierende Ursache ist die Bildung eines abgesackten Empyems anzusehen, das vorher von einem Arzt diagnostiziert war und sich wahrscheinlich in einen kleinen Bronchus entleert hatte. In die leere Abszeßhöhle drang unter dem Einfluß des Hustens die Lunge ein und füllte sie aus. F.

J. Roger, De la pleurésie purulente du nouveau-né. (Inaugural-Dissertation. Paris 1903.) Die Krankheit ist bei Neugeborenen selten und wird auch meist verkannt; oft findet man dieselbe zufällig bei der Sektion. Da die Flüssigkeitsmenge meist gering ist, so führt nur eine genaue Untersuchung zur richtigen Diagnose, um so mehr als auch sonstige subjektive Symptome fehlen können und die Krankheit gleichsam latent verläuft. Die Pleuritis der Neugeborenen ist immer sekundär und meist pneumonischen Ursprungs, mitunter Läsionen auch in anderen Organen. Als Ursache findet man entweder Pneumokokken oder Staphylo- und Streptokokken; die Mikroben können zur Pleura auf fünf Wegen gelangen: durch die Plazenta, die Haut, den Nabel, die Respiration und den Verdauungstraktus. Falls nicht rechtzeitig eingegriffen wird, ist die Prognose eine sehr schwere. Als bestes therapeutisches Vorgehen ist die Pleurotomie, mit oder ohne Rippenresektion, anzuempfehlen. Einfache Punktionen sind ungenügend. E. Toff (Braila).

Antonio Jovane, Klinische und bakteriologische Betrachtungen über 30 Fälle von Pleuritis bei Kindern. (La Pediatria. Februar 1904.) Verf. hat als das häufigste Alter, in dem Pleuritis unter seinen Pat. vorkam, das 2.—3. Lebensjahr gefunden, und zwar waren die Fälle bei Knaben häufiger als bei Mädchen. Meist handelte es sich um eitrige Pleuritiden, diese überwiegen über die sero-fibrinösen und hämorrhagischen Formen um so mehr, je jünger die Kinder sind. Der von andern für diese Tatsache gegebenen Erklärung, daß die Häufigkeit der eitrigen Brustfellentzündungen auf den häufigen Befund an Pneumokokken zurückzuführen sei, kann Verf. sich nicht anschließen. Unter 10 Fällen von Pneumokokkenpleuritis waren sechs eitrige und vier sero-fibrinöse. Was das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung anbelangt, so fand sich am häufigsten der Pneumococcus, in zweiter Linie Strepto- und Staphylococcus, in dritter der Pfeiffersche Bacillus haemophilus und in letzter der Kochsche Bazillus und der Tetragenus. Der Kochsche Bazillus fand sich trotz genauster Untersuchung unter 24 Fällen exsudativer Pleuritis nur einmal. Verf.

hält es für eine gewagte Übertreibung, wenn man alle Fälle serofibrinöser Pleuritis für tuberkulösen Ursprungs halten wolle. Impfversuche, die mit Bouillonkulturen, gewonnen aus dem Pleuraexsudat, an Meerschweinchen angestellt wurden, zeigten, was ihre Virulenz anbelangt. kein konstantes Verhältnis zwischen der Wirkung beim Tiere und dem klinischen Verlauf beim Menschen; nur der Staphylococcus und meistens der Pneumococcus erwiesen sich, wenn der Krankheitsfall tödlich verlief, auch tödlich im Tierversuch. F.

John L. Morse, The diagnosis of metapneumonic empyema in infancy. (American medicine. 12. März 1904.) Das metapneumonische Empyem ist oft im Kindesalter schwer zu erkennen. Man achte auf die Fieberkurve nach der Krise: fortbestehendes Fieber ist stets verdächtig. Sonst bietet die Komplikation wenig Charakteristisches, indem die Erscheinungen anderen Lungenkrankheiten ähnlich sind. Noch am zuverlässigsten sind rasche Abmagerung und auffallende Blässe, beide sieht man aber erst in den späteren Stadien. Schweiße und Schüttelfröste sind weniger konstant. Oft findet man die kranke Seite vorgetrieben, und daneben nimmt der untersuchende Finger eine starke Resistenz wahr. Das Herz ist fast immer verschoben. Das Atemgeräusch ist meist bronchial oder bronchovesikulär, während lautes Bronchialatmen ebenfalls vorkommt und also nicht gegen ein Exsudat spricht. Fremitus ist bei Kindern schwer zu untersuchen. Rasselgeräusche werden häufig durch die Flüssigkeit gut fortgeleitet, dürfen somit nicht gegen die Diagnose eines Empyem in die Wagschale fallen. Leo Jacobi (New York).

Joseph Guyot (Bordeaux), De la conduite à tenir dans les case de corps étrangers de la plèvre consécutifs à l'opération de l'empyème. (Archives de méd. des enf. 1904. No. 1.) Die früher in so ausgedehntem Maße geübten Waschungen der Pleurahöhle nach Pleurotomien werden heute von den meisten Autoren verworfen. Außer verschiedenen unangenehmen Zufällen, die auf Rechnung derselben gesetzt werden, wie epileptoide Krisen, embolische Paralysien und synkopale Zufälle, muß noch ein anderer nicht minder unangenehmer Zufall ins Auge gefaßt werden, nämlich das Hineinfallen der Drainröhre in die Pleurahöhle. Dasselbe kann selbstverständlich auch bei einfachem Verbandwechsel vorkommen, falls man nicht die Drainröhre genügend sicher befestigt hat. Das Vorgehen des Arztes in derartigen Fällen ist verschieden; nachdem man die sichere Überzeugung gewonnen hat, daß der Fremdkörper wirklich in die Brusthöhle geglitten ist, kann man entweder expektativ verfahren, oder mit speziellen Zangen die Extraktion versuchen, einfach den Kanal erweitern, oder eine blutige Operation mit oder ohne Rippenresektion vornehmen.

Eine Exspektation ist nur dann erlaubt, wenn nur kurze Zeit seit der Operation verflossen und die Öffnung genügend groß ist, damit die Eitersekretion allein den Fremdkörper an die Oberfläche befördern kann. Entschließt man sich zur Extraktion, so muß vor allem die Immobilität des Pat. angestrebt, also derselbe narkotisiert werden, auch die Wundränder müssen genügend erweitert werden, um dem

Instrumente den nötigen Spielraum zu lassen. Viel empfehlenswerter ist die Erweiterung der Wunde mit metallischen Stiften oder Laminariabougies. In einem von G. beobachteten Falle, wurde auf diese Weise die Spontanausstoßung des Drains erzielt. Nur wenn alle diese Mittel fehlschlagen, wäre es erlaubt, bei einem Kinde die Thorakotomie, in Verbindung mit der Resektion einer oder mehrerer Rippen vorzunehmen. Ist die Operationswunde hoch gelegen, so macht man eine Gegenöffnung an dem tiefsten Punkte der Pleurahöhle.

E. Toff (Braila).

K. Barth (Baden-Baden), Über die Behandlung eines Thoraxempyems mittels der Müllerschen Dauerkanüle bei einem 5 monatlichen Kinde. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 39.) B. hatte mit dieser neuen Methode einen recht zufriedenstellenden Erfolg und betont die Vorzüge des einfachen, schonenden und gefahrlosen Verfahrens speziell für Empyeme junger Kinder. Grätzer.

Ludwig Mendelsohn, Rippenknorpelanomalien und Lungentuberkulose. (Erste Mitteilung.) (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 38. Heft 1 u. 2.) Im Jahre 1901 wiederholte W. A. Freund seine schon 1859 aufgestellte Behauptung, „daß die idiopathische, insbesondere hereditäre, meist chronisch verlaufende Tuberkulose, die ihren Sitz zunächst in der Spitze der Lungen nimmt“, in vielen — durchaus nicht in allen Fällen“ durch eine krankhafte Beschaffenheit des I. Rippenknorpels bedingt sei, bezw. daß Knorpelanomalien eine Disposition für die Spitzentuberkulose schaffen. Die Anomalien, die er gefunden hatte, betrafen 1. die Entwicklung des Knorpels, indem sich vor allem zu geringe Längenmaße feststellen ließen, oder 2. die Struktur, indem eine mehr oder weniger vollständige Verknöcherung gefunden wurde. Verf. untersuchte nun an 60 Säuglingsleichen die Maße der. I. Rippenknorpel und gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die von Freund beobachtete abnorme Kürze des I. Rippenknorpels kommt als angeborener Zustand im Säuglingsalter vor.
2. Die Lungentuberkulose der Säuglinge ist in ihrer Lokalisation unabhängig von dieser Knorpelanomalie.
3. Ein Zusammenhang zwischen abnormer Kürze des I. Rippenknorpels und hereditärtuberkulöser Belastung besteht nicht.

Hutzler (München).

Alex. Jehle, Zur Kasuistik der Spondylitis tuberkulosa (Aus der chirurg.-orthopäd. Abteilung des k. k. Wilhelminen-Spitales in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 38.) J. gibt vier Krankengeschichten, welche zeigen, wie schwierig oft die Diagnose der beginnenden Spondylitis ist, wie manchmal trotz eingehendster Untersuchung durch Wochen und Monate die Krankheit nicht sicher erkannt wird.

Im ersten Falle wies ein Empyem auf die beginnende Spondylitis hin; wahrscheinlich wurde die Pleura durch einen von der Wirbelsäule ausgehenden kalten Abszeß oder eine mediastinale, verkäste Drüse infiziert.

Beim zweiten Falle standen durch einige Monate Wurzelsymptome im Vordergrunde, in Form von Neuralgien im Bereiche des N. ileo-

hypogastricus, ileo-inguinalis und genito-cruralis. Die Beteiligung des Urogenitalsystems, das Nachlassen der Beschwerden nach der Harnentleerung erweckten den Verdacht auf Steininkarzeration.

Beim dritten und vierten Falle traten zu Beginn der Spondylitis Deviationen der Wirbelsäule auf, wie sie zu den Seltenheiten gehören. Erst in den letzten Jahren haben insbesondere Badin und Barton auf diese skoliotischen Verbiegungen zu Beginn der Spondylitis hingewiesen, die bei Erkrankungen der Seitenpartien der Wirbelkörper eintreten sollen, wobei im Gegensatze zur habituellen Skoliose u. a. das Ausbleiben der Rotation und das Bestehen der Fixation der Wirbelsäule charakteristisch sein sollen, während in J.s Falle gerade die Hochgradigkeit der Torsionserscheinungen und die geringe Fixation der Wirbelsäule auffielen. Doch mußten gegen die Diagnose „habituelle Skoliose“ Bedenken auftauchen, da die Stammverschiebung einer rechts-konvexen Dorsalskoliose entsprach und auch ihr Grad nicht im richtigen Verhältnisse zu dem Grade der Skoliose stand (geringe Abweichung der Dornfortsätze der Brustwirbel, kein Rippenbuckel).

Diese paradoxe Form — Stammverschiebung nach rechts bei hauptsächlichem Hervortreten der links-konvexen Lumbalskoliose — sieht man zuweilen bei der Ischias scoliotica und zwar bei der heterologen Skoliose (Stammverschiebung nach der der Erkrankung entgegengesetzten Seite), die zu vielfachen Erklärungsversuchen Anlaß gab. Nach Gussenbauer ist die Ursache in einer Funktionsuntüchtigkeit des musc. erector trunci der kranken Seite infolge Erkrankung der Muskelnerven zu suchen, wodurch der gesunde erector der andern Seite den Stamm auf die andere Seite hinüberzieht.

Nun ist es auch bei der Spondylitis, bei der ja häufig neuritische Prozesse vorkommen, ganz gut möglich, daß auf diese Weise sowohl dieser Muskel, als auch die zwischen Gelenks- bezw. Querfortsätzen und Dornfortsätzen sich inserierenden Muskeln (multifidus spinae), die ja besonders die Lateralflexion dieses Wirbelsäulenabschnittes bewirken, gelähmt oder geschwächt werden und so der Stamm sich nach der andern Seite neigt. An die so entstehende links konvexe Lumbalskoliose reiht sich dann oben natürlich die entsprechende rechts-konvexe Dorsalskoliose an. Auch noch eine andere Erklärung kann gegeben werden. In letzter Zeit hat v. Friedländer auf Grund mehrerer Fälle als Ursache für das Eintreten der pathognomonischen Stellung bei der tuberkulösen Koxitis die Theorie der intendierten Gelenkseinstellung für manche Fälle verworfen und gezeigt, daß beim Sitze einer Knochenerkrankung in der Gegend des unteren Kapselansatzes, wobei Abduktionsstellung des Beines bei gehinderter weiterer Abduktion und freier Adduktion bestand, dies durch entzündliche Schwellung und Starrheit der dem Krankheitsherd benachbarten Muskeln (Abduktoren und Weichteile) verursacht werde. Auf J.s Fall übertragen, könnten die den erkrankten Seitenpartien des Wirbels benachbarten Muskeln ähnliche Veränderungen zeigen und dadurch ihre Funktion einbüßen.

Daß nicht durch einseitige Zerstörung des Wirbelkörpers diese Skoliose entstand, ist wahrscheinlich dadurch, daß sich letztere leicht

ausgleichen ließ und der später durch Konsumption entstandene Gibbus in der Medianlinie lag.

Der vierte Fall bot besonders viel Interessantes. Anfangs war überhaupt keine Ursache für die bestehende abnorme Kopfhaltung zu finden. Der Verdacht auf Lähmung der vorderen Halsmuskeln, an die vorerst gedacht wurde, mußte fallen gelassen werden, da die elektrische Erregbarkeit der aktiv nicht funktionierenden Muskeln (sterno-cleido-mast.) normal war. Auch mit Krampfformen im Gebiete des nerv. accessorius hatte die Kopfhaltung Ähnlichkeit, doch konnte ein Krampf des musc. sterno-cleido-mast. oder musc. cucull. durch Palpation ausgeschlossen werden.

Mit dem Auftreten eines Retropharyngealabszesses und eines Abszesses an der linken Halsseite war die Diagnose auf Spondylitis cervicalis gesichert und durch die Operation bestätigt. Grätzer.

Sinding-Larsen (Norweger). Die Behandlung der Spondylitis tuberculosa bei Kindern. (Tidsshrift for den norske Lägeforening. 1904. No. 2, 3 u. 4.) Detaillierte Darstellung der im Seehospize Frederiksvärn angewandten Spondylitisbehandlung, sowohl der allgemeinen als der lokalen. In frischen Fällen wird gewöhnlich Gipsbett (ad modum Lorenz) bis zum ersten Jahre, später werden feste, zuletzt lose Korsette im ganzen 1—2—3 Jahre angewandt. Die Technik der Behandlung wird beschrieben. Die Abszesse werden mit Punktionen und Injektionen von 10%igem Jodoformglyzerin behandelt (vgl. dieses Blatt 1904 S. 218). Der Verf. hebt die Chronizität des Leidens hervor. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Henry Heiman, Multiple gonorrhoeal Periarthritis in a child. (Medical Record. 21. Mai 1904.) Ein $2^1/_2$jähriger Knabe erkrankte mit Erscheinungen von akutem Gelenkrheumatismus. Eine Verletzung der einen Fußsohle fand allerdings 3 Tage früher statt, und 3 Wochen später kam es zur Eiterung in beiden Metatarsophalangeal-Gelenken. Nun wurde an den gonorrhoischen Rheumatismus gedacht und tatsächlich fand man Gonokokken in den Eiterkulturen.

Da Vater und Mutter zurzeit an Gonorrhöe litten, glaubt Verf., daß die verletzte Fußsohle den Gonokokken den Eintritt ermöglichte, wonach es zur multiplen Periarthritis gekommen ist.

Verf. berichtet über diesen Fall in Anschluß an Kimballs neuerdings veröffentlichten Artikel über „Gonorrhöe bei Säuglingen", worin 8 Fälle von spezifischer Pyämie nach vermutlicher Infektion durch die oberen Luftwege beschrieben sind.

Leo Jacobi (New York).

A. Broca, Coxalgie ou mal de Pott. (Revue pratique d'obstétrique et de paediatrie. Februar 1904.) Diese beiden so häufigen Krankheiten des Kindesalters werden oft miteinander verwechselt, namentlich bei oberflächlicher Untersuchung. Es gibt aber verschiedene Merkmale, auf welche man achten muß, um die richtige Diagnose zu stellen. Wenn auch bei tiefen Tuberkulosen der Wirbelsäule, durch Eitersenkungen und Fistelbildung in der Umgebung des Trochanters man an eine Gelenkserkrankung denkt, wobei noch das

Mitgehen des Beckens bei Bewegungen des Beines die Täuschung unterstützt, so kann man die Differentialdiagnose dadurch leicht stellen, daß man das Bein stark im Hüftgelenke beugt, wodurch die Beweglichkeit des Gelenkes wieder in Erscheinung tritt und man feststellen kann, daß die Pseudoankylose auf einer Retraktion des Psoasmuskels beruhte. Außerdem ist bei ruhiger Rückenlage die Stellung des Beines bei Psoitis diejenige einer einfachen Beugung, während bei Koxalgie noch Adduktion besteht. Während bei Koxalgie der Druck auf den Femurkopf schmerzhaft ist, ist dies bei Psoasretraktion nicht der Fall.

E. Toff (Braila).

A. Landry, De la gravité du rhumatisme chez les enfants. (Inaugural-Dissert. Paris 1903.) Rheumatismale Läsionen sind im Kindesalter von besonderer Wichtigkeit, da dieselben sich viel häufiger als bei Erwachsenen mit Herzerkrankungen komplizieren. Es ist auch nicht notwendig, daß die Gelenkserkrankung besonders schwer sei, wie dies sonst bei Erwachsenen der Fall ist, denn auch leichte Fälle können zu den schwersten Komplikationen führen; es sind sogar Beobachtungen vorhanden, wo die Herzerkrankung vor Ausbruch der eigentlichen rheumatismalen Gelenkserkrankung zur Beobachtung kam. Beim Kinde kompliziert sich die Endokarditis nicht selten mit Perikarditis, wodurch das Krankheitsbild ein viel schwereres Aussehen erhält, da in diesem Falle das Auftreten von Herzschwäche viel rascher geschieht. Auch darf nicht vergessen werden, daß beim Erwachsenen die rheumatismale Endokarditis einen langsamen Verlauf hat und viel länger kompensiert wird, als dies beim Kinde der Fall ist.

E. Toff (Braila).

Noica (Bukarest), Zwei Beobachtungen von Muskelatrophie Typus Charcot-Marie. (Spitalul. No. 10. 1904.) Die zwei von N. beobachteten interessanten Fälle betrafen einen 19jährigen Mann und ein 16jähriges Mädchen. Im allgemeinen waren die Symptome die klassischen, von Charcot und Marie beschriebene, außer einigen Ausnahmen und zwar: die Krankheit trat nicht familiär auf, da kein Mitglied in der Verwandtschaft der betreffenden Pat. daran gelitten hatte. Hereditär wurde festgestellt, daß der Vater des Mädchens an Tabes gestorben war. In dem zweiten Falle hatte sich die Muskellähmung vor 3 Jahren im Anschluß an Masern entwickelt, auch im anderen Falle spielten die Masern anscheinend eine gewisse, wenn auch nur indirekte Rolle, da zwar nicht der Pat., aber einer seiner Brüder wenige Tage vor seiner Erkrankung an Morbillen gelitten hatte. Der Kranke stand damals im Alter von 4 Jahren, seine Krankheit besteht also seit nahezu 15 Jahren, doch ist das Fortschreiten derselben ein sehr langsames. Beide Pat. können noch weite Märsche unternehmen und auch Arme und Hände zum Schreiben, Nähen usw. gut benützen. Gewöhnlich ist der Muskelsinn derartiger Pat. gut erhalten, obwohl auch Ausnahmen vorkommen können. Leichte Beuge- und Streckbewegungen, die man mit Fingern und Zehen vornimmt, werden von der Kranken N.s nicht gut perzipiert. Auch das Gefühl der Vibrationen war, sowohl an den Fingern, als auch an den Zehen aufgehoben.

E. Toff (Braila).

Comby et **Davel,** Myosite ossifiante progressive. (Archives de méd. des enf. No. 7. 1904.) Die betreffende 8jährige Pat., ohne hereditäre Belastung, hatte im Alter von 15 Monaten Masern durchgemacht und war einige Tage zuvor gefallen, bei welcher Gelegenheit die ersten Erscheinungen der verknöchernden Myositis beobachtet wurden. Man bemerkte damals eine Verdickung in der Gegend der rechten Apophysis mastoidea, dann eine andere ähnliche Verdickung in der Fossa infraspinata sinistra. Langsam hatten die Läsionen Fortschritte gemacht und war der Zustand bei der Beobachtung folgender. Die Brustmuskeln schienen atrophisch, in ihrer Tiefe fühlte man knorpel- oder knochenähnliche Massen. Ähnliches war auch in den großen Rückenmuskeln zu fühlen, die einen starren Panzer bildeten, wodurch die Wirbelsäule und der ganze Thorax vollständig immobilisiert wurden. Auch die Oberarmmuskeln zeigten Verknöcherungen, die in dem radiographischen Bilde als tropfsteinähnliche Gebilde erscheinen. Die unteren Extremitäten, welche normal schienen, zeigten ebenfalls im Radiogramm ossifizierte, wenn auch noch wenig ausgedehnte Muskelteile. Der Fall wurde vor 2 Jahren von Ménard in Berck beobachtet und publiziert (Revue d'orthopédie. 1. Mai 1904), man kann an der Hand jener Beobachtung die Fortschritte, welche die Krankheit gemacht hat, studieren und feststellen, daß dieselbe einen unaufhörlich progressiven Gang einhält. Die Prognose ist daher, wie bei allen diesen Fällen, eine infauste, die Kranken sterben entweder an Kachexie, oder an Tuberkulose, die sich infolge der behinderten Atmung entwickelt.

E. Toff (Braila).

W. Jessen u. **E. Edens,** Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen. (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Bethanien zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 32.) 32jährige Pat. erkrankt 10 Tage nach Eruption eines Masernexanthems an einer Affektion, die sich als Polymyositis charakterisierte. Einige Tage vorher starke Diarrhöen, dann intensiver Schmerz in den erkrankten Partien vor dem Auftreten der objektiv nachweisbaren Erkrankung, Bevorzugung der Extremitäten, völlige Hemmung der aktiven Bewegungsfähigkeit, passive Bewegungen mit außerordentlichen Schmerzen verknüpft, Konsistenzvermehrung der Muskulatur, Ödem und Schwellung in der Tiefe; es fehlten nur die in anderen Fällen beobachtete Milzschwellung und Affektionen der Schleimhäute.

16jähriges Mädchen bekommt eine Polyneuritis, die zweifellos in ätiologischem Zusammenhange mit den voraufgegangenen Masern steht, bei welchen die Schwere der Infektion hervortrat durch stürmischen Beginn, durch Hinzutreten einer ausgedehnten Bronchopneumonie und einer heftigen Otitis media. Ein besonderer Grund, der zur Entwicklung der Polyneuritis geführt, war nicht zu eruieren.

Grätzer.

J. Fels (Lemberg), Erfahrungen aus einer Masernepidemie. (Wiener med. Presse. 1904. No. 38.) F. konnte bei einer Epidemie etwa 50 Fälle genau beobachten. Die Koplikschen Flecke sah er fast nie. Ehrlichs Diazoreaktion trat fast gleichzeitig mit dem Masernexanthem auf, eine Bedeutung als Frühsymptom kommt ihr

also nicht zu. Bemerkenswert war in manchen Fällen der Fieberverlauf. So ging mitunter die Temperatur in die Höhe und blieb ohne Rückgang konstant. Das waren größtenteils Fälle, wo das Prodromalstadium nur sehr kurz, oft nur einen Tag dauerte. Diese Fälle begannen mitunter plötzlich wie Scharlach; das Kind erkrankte abends mit Schüttelfrost und Erbrechen, in der Nacht bedeutende Hitze und Delirium, in der Frühe bereits intensives Exanthem. Oder das Kind erkrankte früh, abends schon Exanthem in der Mundhöhle. Diese Fälle nahmen überhaupt einen raschen Verlauf, am dritten Tage erfolgte gewöhnlich kritischer Abfall, oder es begann schon am zweiten Tage die Temperatur per lysim zu sinken. Manche Fälle zeigten remittierenden Fieberverlauf im Prodromalstadium, andere intermittierenden Typus, so daß man direkt an Intermittens denken mußte, zumal das Prodromalstadium in diesen Fällen bisweilen 5 bis 7 Tage dauerte.

Grätzer.

Fels, Beobachtungen über eine Masernepidemie. (Przeglad lekarski. 1904. No. 29.) Gelegentlich einer Masernepidemie beobachtete Verf. ca. 50 Fälle und macht uns mit den Resultaten in der erwähnten Arbeit bekannt. Die Epidemie zeichnete sich weder durch Bösartigkeit noch durch Auftreten irgendwelcher abnormen Komplikationen aus.

Im Prodromalstadium beobachtete Verf. Kopliks Spritzflecke sehr selten (Heubner gibt umgekehrt an — die Spritzflecke seien ein sehr häufiges Frühsymptom — etwa in $^6/_7$ der in der Klinik beobachteten Fälle. — Ref.), dagegen sehr häufig ein Exanthem der Gaumenschleimhaut. — Gleichmäßig mit dem Auftreten des Exanthems wurde positive Diazoreaktion konstatiert.

Das Frühsymptom Bologninis — ein leises Reiben, das man bei Rückenlage des Kindes und gebeugten Beinen durch die Bauchdecken fühlen soll, als Ausdruck eines Exanthems des Peritoneums — hat Verf. in manchen Fällen beobachten können, glaubt aber, die Ursache sei das Knarren des flüssigen Darminhaltes, zumal bei diesen Kranken Darmkatarrhe das Krankheitsbild komplizierten. —

Der Fieberverlauf war manchmal remittierend — ein anderes Mal speziell im Prodromalstadium ein intermittierender, was sogar an Malaria denken ließ — bis das Exanthem die Diagnose sicherte.

Gabel (Lemberg).

Porak et **Durante** (Paris), Une épidémie de coqueluche dans un pavillon de prématurés de moins de l'an. (Archives de méd. des enfants. Juni 1904.) Keuchhusten tritt bei Kindern am häufigsten zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahre auf; nichtsdestoweniger werden Epidemien auch bei viel jüngeren Kindern beobachtet und zwar will es scheinen, daß schwächliche, vorzeitig geborene Kinder eine viel geringere Prädisposition für diese Krankheit besitzen, als kräftige. In der Abteilung für vorzeitig geborene Kinder der Verff., erkrankten hauptsächlich die Kinder der Ammen, während die frühgeborenen Pfleglinge, fast gänzlich verschont blieben. Unter 44 erkrankte nur eines an wahrem Keuchhusten, drei boten nur Andeutungen der Krankheit dar und die übrigen blieben vollkommen gesund. Unter den 14 Ammenkindern, welche sich im Alter von

1—10 Monaten befanden, erkrankten zehn, worunter sieben noch Lungenkomplikationen durchmachten. Die Epidemie hatte sich langsam und unregelmäßig entwickelt; manche Kinder blieben längere Zeit verschont, bis durch eine interkurrierende Krankheit, z. B. Diarrhöe, ihre Empfänglichkeit wahrscheinlich größer wurde. Im allgemeinen hatte man den Eindruck gewonnen, daß Neugeborene eine viel geringere Prädisposition besitzen, an Keuchhusten zu erkranken, wie ältere Kinder. Die meisten Fälle hatten den apyretischen Typus gezeigt; die leichtesten Fälle wurden bei den jüngsten Kindern beobachtet, was der allgemein verbreiteten Ansicht, daß die Prognose der Tussis convulsiva im jüngsten Alter eine sehr ernste sei, nicht entsprechen würde. Unter allen Fällen war kein einziger letaler Ausgang zu verzeichnen gewesen. Als Behandlung wurde versuchsweise Bromoform gegeben, aber ohne sonderlichen Erfolg: viel bessere Resultate gab bezüglich der Anfälle die alte Therapie mit Tinct. Grindeliae robust. in der mittleren Dosis von 10 Tropfen täglich und Tinct. Belladonn. zu 2 Tropfen täglich. Doch muß die Verabreichung der letzteren näher überwacht werden, um beginnende Intoleranzerscheinungen nicht zu übersehen. E. Toff (Braila).

Eliza H. Root, Fatality of Whooping-cough. (Pediatrics. Februar 1904.) Verf. bedauert den Leichtsinn, mit welchem Ärzte und Publikum den Keuchhusten ansehen. Um die ernste Natur dieser Krankheit anschaulich zu machen, stellt er die Sterblichkeitszahlen für Keuchhusten und für Scharlach nebeneinander, woraus dann erhellt, daß Pertussis ebenso wegen des tödlichen Ausgangs zu fürchten ist wie Skarlatina. Auch haben beide Krankheiten die Neigung, unliebsame Defekte zu hinterlassen. Daher sollte der Keuchhusten ebenso streng von den Behörden isoliert werden wie Scharlach.

Leo Jacobi (New York).

J. v. Bókay, Rubeola und „fourth disease“. (Budapesti orvosi ujság. 1904. 28. I.) 1887, 1888 und 1803 beobachtete v. B. eine Rubeolaepidemie in Budapest. Als bezeichnende Merkmale ist das Theodorsche Symptom (Intumeszenz der Zervikaldrüsen), das Nichtkonfluieren des Exanthems, das Auftreten des Ausschlages auch auf der behaarten Kopfhaut und die Abwesenheit der „Koplik spots“ hervorzuheben. „Vix nomen morbi merebatur“ ist auf Rubeola mit Recht zu beziehen. — Wie Rubeola zu Morbilli, so steht „fourth disease“ zu Skarlatina. Dukes und Filatow waren diejenigen, die die Existenz dieser Krankheit erkannten. Das lange Stadium incubationis, der leichte Verlauf, der Mangel an Komplikationen, die kurze Zeit der Ansteckungsfähigkeit und das Nichtimmunsein gegen eine Skarlatinainfektion sichern die Diagnose dieser bisher kaum beachteten Krankheitsform. Ernö Deutsch (Budapest).

J. v. Bókay, Über die Dukessche „Vierte Krankheit“ („fourth disease“). (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 43.) v. B. schildert das Krankheitsbild der „Fourth disease“ mit Benutzung der eigenen Angaben von Dukes und betont die große Ähnlichkeit zwischen dieser Affektion und der abortiven Skarlatina: den milden Verlauf, den Mangel an Komplikationen und Nachkrankheiten, das

relativ schnelle Schwinden der Infektionsfähigkeit, die starke Verlängerung der Inkubationsdauer.

v. B. ist überzeugt, daß er die „Vierte Krankheit“ selbst wiederholt gesehen hat, leider verfügt er nicht über solche Beobachtungen, welche zur Klärung der Frage meritorisch beisteuern würden. Die Dukessche Krankheit wird aber zweifellos neben Masern, Scharlach und Röteln als viertes selbständiges Leiden hingestellt werden müssen und wird dann als Filatow-Dukessche Krankheit zu bezeichnen sein. Denn schon Filatow hat die Rubeola scarlatinosa vom Scharlach getrennt und gesagt: „Ich verstehe also unter dem Namen Rubeola scarlatinosa eine selbständige, akute, infektiöse und kontagiöse Krankheit, welche sich durch einen scharlachähnlichen Hautausschlag charakterisiert, sich aber von Scharlach durch den konstant leichten Verlauf und hauptsächlich durch die Besonderheiten des Kontagiums unterscheidet.“ Grätzer.

József Márer, Ein Fall von Dukesscher „fourth disease“. (Budapesti orvosi ujság. 1904. No. 26.) M. diagnostizierte auf Grund leichter Allgemeinerscheinungen skarlatiniformen Exanthems, welches sich auch auf dem Gesicht zeigte, und mangels von Desquamation Dukessche Erkrankung bei einem 8 Jahre alten Knaben.

Ernö Deutsch (Budapest).

G. Z. Petrescu (Bukarest), Pemphigoide Skarlatina. (Spitalul. 1904. No. 12—13.) Verf. spricht die Ansicht aus, daß es sich in den Fällen von pemphigoider Skarlatina um eine Toxininfektion internen, wahrscheinlich digestiven Ursprungs handle. Infolge der gestörten Nierentätigkeit kommt es zu einer Retention von Toxinen, welche ihren Ausgang durch die Haut suchen. Zur Bildung der Blasen dürften auch trophoneurotische Störungen beitragen, wie dies für wahren Pemphigus von Petrini-Galatz nachgewiesen wurde. Zum Zustandekommen dieser Veränderungen gehört auch eine spezielle Disposition von seiten der blutbildenden Organe.

E. Toff (Braila).

József Barabás, Die Scharlachepidemie in Marosvásárhely im Jahre 1903. (Orvosok lapja. 1904. No. 34.) Im Hospitale lagen 20 Fälle, bei vieren wurde Scarlatina miliaris, bei sechs Kranken Albuminurie beobachtet. Ein Pat. erlag der Krankheit.

Ernö Deutsch (Budapest).

H. Naegeli (Zürich), Beiträge zur Pathologie des Scharlachs. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 15.) Drei Fälle bei Geschwistern, dadurch merkwürdig, daß alle etwas Atypisches an sich hatten. Grätzer.

Schmaltz, Zur Kenntnis der Herzstörungen beim Scharlach und ihrer Folgen. (Aus dem Stadtkrankenhause Johannstadt in Dresden.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 32.) Herzstörungen bei Scharlach sind durchaus nichts Seltenes. S. hat 191 Krankengeschichten klinisch beobachteter Scharlachfälle genau durchgesehen und gefunden, daß etwa in 35% aller Fälle abnorme Erscheinungen am Zirkulationsapparat beobachtet wurden. Zunächst

hört man oft ein systolisches Geräusch, das häufig nach wenigen Tagen wieder verschwindet, in andern Fällen aber sich nach Zurückgehen des Fiebers nur noch deutlicher ausprägt. Häufiger treten aber die Geräusche erst später auf, Ende der ersten oder in der zweiten, ziemlich oft auch in der dritten Krankheitswoche. Mehrfach beobachtete S. noch später, am 26. Tage, das Erscheinen eines Geräusches, das dann bestehen blieb. Vielfach sind freilich die Herzgeräusche nur eine vorübergehende Erscheinung. Oft ist damit verbunden oder geht ihnen schon längere Zeit voraus eine Akzentuation des zweiten Pulmonaltones. Häufig verbreitert sich dann auch die Herzdämpfung, es ist deutlich Herzvergrößerung zu konstatieren. Erhebliche Dilatation des Herzens kann bei unvorsichtigem Verhalten noch in recht später Zeit zustande kommen. Auch Arrhythmie ist eine häufige Begleiterscheinung der skarlatinösen Herzstörung. Das Symptomenbild ist eben ein recht wechselndes, auch an Intensität. Hohe Grade von Herzveränderungen, allerleichteste Störungen, dazwischen Fälle, bei denen alle Symptome nicht sehr stark ausgeprägt sind. Die Symptomenbilder gehen ohne scharfe Grenze ineinander über, und aus scheinbar leichten Fällen können eventuell bei Hinzutreten geringfügiger Schädlichkeiten (Verlassen des Bettes) plötzlich recht schwere werden. So verfügt S. über einen Fall, wo sich erst in der fünften Woche bei einem ganz leichten Fall von Skarlatina das Bild einer Herzstörung entwickelte, nachdem scheinbar geringfügige Zeichen wochenlang vorausgegangen waren. Die subjektiven Beschwerden sind in der Regel nicht stark. Es kommen aber wiederum die Herzstörungen durchaus nicht nur bei schwereren Fällen von Skarlatina vor, sondern auch bei leichten Fällen. Auffallenderweise werden Herzen, die schon in einem abnormen Zustand in der Erkrankung an Scharlach eintreten, von dieser nur wenig ungünstig beeinflußt. Der Verlauf der Herzstörungen gestaltet sich sehr verschieden. Todesfälle hat S. nie beobachtet. Dagegen blieben in 29 Fällen bis zur Entlassung des Kranken aus der Behandlung (meist zwischen dem 41. und 55. Tage, in 4 Fällen am 62., 76., 94., 115. Tage) abnorme Erscheinungen am Herzen bestehen, und zwar zeigten 15 Fälle zu dieser Zeit die Symptome einer Mitralinsuffizienz, neun nur ein systolisches Geräusch, zwei nur starke Dilatation ohne Geräusch. Es konnten auch 24 Fälle später noch nachuntersucht werden. Bei 18 von diesen fanden sich da noch ausgesprochene Erscheinungen, 16 mal die Symptome einer Insuffizienz der Mitralklappe, 2 mal nur ein systolisches Geräusch. Bei den 16 Kranken war seit Erkrankung an Skarlatina bei 13 mehr als $^1/_2$ Jahr, bei vier mehr als 1 Jahr, bei zwei Kranken 5 Jahre verflossen. Die skarlatinöse Herzerkrankung scheint also noch häufiger zu andauernden Herzstörungen zu führen, als die diphtherische. Als anatomische Ursache der im Verlaufe des Scharlachs beobachteten Herzstörungen wurde früher allgemein Endokarditis betrachtet. S. verfügt über 33 Sektionsfälle; darunter waren nur drei mit frischen Veränderungen an den Herzklappen. In der großen Mehrzahl der Fälle ist offenbar eine Erkrankung des Myokards die Grundlage jener Herzstörungen. Jedenfalls sollte die Herztätigkeit der Scharlachkranken und die der Scharlachrekonvaleszenten während

mehrerer Wochen sorgfältigst kontrolliert werden. Genügend lange fortgesetzte Ruhe ist das wichtigste therapeutische Mittel. **Grätzer.**

Variot et **Le Marc'Adour,** Les otites scarlatineuses à l'hôpital des enfants malades pendant l'année 1902. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. Bd. 7. No. 1. S. 11.) V. und M. berichten über 36 Fälle von Ohrerkrankung nach Scharlach (unter 339 Scharlacherkrankungen: 10,65 %). Unter Berücksichtigung des Sitzes, des Grades, der Ätiologie usw. kommen sie zu folgenden Schlüssen. Beobachtet wurden elf schwere Erkrankungen mit zwei Fällen totaler Zerstörung des Trommelfells, vier ausgesprochene schwere Fälle, fünf langdauernde, aber nicht gerade chronische Fälle. Mit Rücksicht auf die große Zahl von gutartigen Ohrerkrankungen läßt sich nur sagen, daß, wenn auch schwere Ohrerkrankungen bei Scharlach häufig sind, dies jedoch nicht immer der Fall zu sein braucht. Die schweren Ohraffektionen finden ihre Ursache in der primären oder sekundären pseudo-diphtherischen Angina und ihre Schwere korrespondiert mit der der letzteren. Kinder mit adenoiden Wucherungen sowie besonders jüngere Kinder erkranken später und fast immer gutartig. Die Erkrankung dieser scheint nicht direkt durch die Angina bedingt zu sein, vielmehr durch eine langdauernde Rhinopharyngitis. Der Hospitalaufenthalt ist vielleicht für das späte Auftreten dieser Ohrerkrankungen anzuschuldigen. Um derselben entgegen zu wirken, wäre während der Rekonvaleszenz eine strenge Antisepsis der Nase und des Pharynx zu beobachten; die Spülungen dürfen aber nur auf den Rachen beschränkt sein, da solche der Nase zu gefährlich sind. Als Antisepticum wählten sie Borvaseline und bei sehr jungen Kindern Mentholöl (1 % ig). Sie empfehlen frühzeitige Parazentese.

Schreiber (Göttingen).

Dent, Coincidence de la scarlatine et de la rougeole chez les enfants. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. Bd. 7. S. 65.) D. hatte Gelegenheit, in einer Familie von 7 Geschwistern das gleichzeitige Auftreten von Scharlach und Masern zu beobachten. Die Differentialdiagnose dieser beiden Erkrankungen war nicht immer leicht zu stellen, da dieselben von ihrem typischen Verlauf abweichen, offenbar wohl durch die gegenseitige Beeinflussung der Infektionserreger.

Schreiber (Göttingen).

E. Feer, Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 40.) Schon bei einer großen Scharlachepidemie in Basel 1887/88 beobachtete F. Veränderungen an den Nägeln der Kranken, deren typisches Verhalten fast pathognomonisch erschien. Seither hat er oft, und besonders während einer ausgedehnten Epidemie 1903/04 Gelegenheit gehabt, festzustellen, daß es sich hier um ein sehr häufiges und prägnantes Scharlachsymptom handelt, das auch Wert besitzt zur nachträglichen Diagnose von Scharlach.

In typischen Fällen ist das Verhalten folgendes: 4—5 Wochen nach Beginn des Scharlachs zeigt sich an der Wurzel der Fingernägel auf der Nageloberfläche eine querverlaufende lineäre Furche, seltener ein entsprechender schmaler Wall. Mit dem weiteren Hervor-

wachsen des Nagels schiebt sich auch diese „Scharlachlinie“ weiter vor und ist 2 Monate nach Beginn des Scharlachs sehr deutlich geworden. Dem Wachstum des Nagels entsprechend und mit ihm gleichen Schritt haltend, schiebt sie sich immer weiter vor, und da der normale Fingernagel etwa in $^1/_2$ Jahr von der Wurzel bis zum freien Rande auswächst, so wandert auch jene Linie in etwa $^1/_2$ Jahr bis zum freien Rande vor. Am deutlichsten pflegt sie an den Daumennägeln (und auch oft an der großen Zehe) zu sein. Sie ist ferner im allgemeinen um so deutlicher, je stärker der Nagel ist. Bei Erwachsenen ist sie also besonders prägnant; auch bei Kindern über 10 Jahren wird sie nur selten vermißt, wenigstens an den Daumennägeln findet sie sich, wogegen sie an den übrigen fehlen kann. Auch die Intensität des Exanthems ist von Einfluß auf die Stärke der Scharlachlinie. Bei jüngeren Kindern, am ehesten bei dünner Nagelbildung und nach schwachem Exanthem kann die Scharlachlinie nur angedeutet sein, oder ganz fehlen.

Solche Nagelveränderungen, die sich sicher erklären lassen als Analogon der Hautschuppung, fand F. auch bei Masern. Doch sind sie hier durchschnittlich viel schwächer ausgebildet wie bei Scharlach (sie besitzen aber den gleichen zeitlichen Ablauf) und ungleich seltener. Die „Masernlinie“ erscheint gewöhnlich als sehr flacher Wall, in der Weise, daß in der Zone gestörter Anbildung ein sanft terrassenartiger Anstieg des später gewachsenen Nagels sich einstellt, dessen Oberfläche oft rauher ist und weniger spiegelt, wie der Nagel peripher von der Linie. Oft fehlt jegliche Veränderung nach Masern, oder es fehlt die quere Nagellinie und es zeigt der nach der Maserneruption gebildete Nagel nur eine rauhe Oberfläche und stärkere Längsriefen, als die periphere Nagelpartie.

Die beschriebenen Nagelveränderungen gestatten bei Scharlach und Masern ziemlich genau die Zeit abzuschätzen, welche seit Beginn der Krankheit verflossen ist, sobald man sich vergegenwärtigt, daß der Nagel 5—6 Monate zu seiner Neuerung bedarf. Einen besonderen Wert besitzt die Scharlachlinie zur nachträglichen Diagnosestellung der Krankheit, zu einer Zeit, wo die akuten Symptome und die Abschuppung längst verflossen sind. Besonders wertvoll kann die Scharlachlinie werden, um eine Nephritis auf Scharlach zurückzuführen, da wo der Scharlach ohne ärztliche Hilfe ablief.

Grätzer.

Ludwig Waelsch, Über Koilonychia und Platyonychia hereditaria. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 67. Heft 2. 1903.) Die beschriebene Nagelerkrankung stellt eine konkave Vertiefung der Nagelplatte dar (Hohlnägel, spoon-nails). Nur in hochgradigen Fällen treten Schmerzen auf, doch verursacht das leichte Einreißen des sehr dünnen weichen Nagels viel Beschwerden. Die Nagelplatte ist trübe gefärbt, zwischen Nagelbett und freiem Nagel lagern gelbbraune Hornmassen, manchmal zieht sich lang durch die Nagelplatte eine erhöhte Leiste mit Längssprüngen. Die Fingerbeere erscheint auffallend groß. Verf. beobachtete diese selten beschriebene Affektion an sechs Mitgliedern von drei Generationen der gleichen Familie. Während der Großvater die Abnormität an sämtlichen Finger- und Zehennägel auf-

wies, war dieselbe bei drei Kindern und zwei Enkeln in verschieden starkem Grade vorhanden. Verf. schließt jene Koilonychien aus, welche nur eine sekundäre Erscheinung anderer Nagelerkrankungen darstellen, und weist auf die charakteristische Dünnheit und Biegsamkeit der Nagelplatte bei allen primären Koilonychien hin. Hier wiederum scheide man die von äußeren Schädlichkeiten (Wasser bei Wäscherinnen u. a. m.) hervorgerufenen Hohlnägelaffektionen von der in der vorliegenden Arbeit beschriebenen hereditären Form. Natürlich können auch eventuell beide Momente zusammentreffen und bei ererbter Veranlagung die schädlichen Einflüsse die Koilonychie auslösen oder die geringgradig bestehende verschlimmern.

Max Joseph (Berlin).

Alfred Kraus, Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 66. Heft 3. 1903.) Die beschriebenen Fälle betrafen vier Geschwister, Kinder von Eltern mit normalem Haarwuchs. Dieselben kamen mit teilweis starkem Kopfhaar auf die Welt, welches aber bei dem einen bereits am ersten Tage, bei den andern nach 5—7 Wochen ausfiel und völliger Kahlheit Platz machte. Die Augenbrauen und Cilien der oberen Augenlider sind gut entwickelt, aber aus Lanugines bestehend. Wollhaare zeigen sich reichlich auch auf der Stirnhaargrenze, während am Körper jede Behaarung fehlt. Die klinische Untersuchung ließ keine Ursache der Alopecie erkennen. Unter dem Mikroskop waren weder Haarsubstanz noch innere Wurzelscheiden, noch Pupillen sichtbar, hingegen fanden sich Haaranlagen in Form von Zapfen bezw. Bindegewebssträngen, verschieden entwickelte Haarfollikel, große Ausbuchtungen des Haarbalgs, epitheliale Sprossen, welche von der äußeren Haarwurzelscheide ausgingen u. a. Auffallend war die Verlagerung und der abnorme Verlauf der Talgdrüsen und Arrectores pilorum. Die Alopecie schien ersichtlich auf einer Störung im fötalen Haarwechsel zu beruhen.

Max Joseph (Berlin).

Bettmann, Über Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 70. Heft 1. 1904.) B. unterzog die Berichte Jacquets, welcher die Alopecia areata häufig als Folge einer von erkrankten Zähnen ausgehende Reizung der Nerven feststellte, einer Nachprüfung. Die Ansicht Jacquets ging dahin, daß die Alopecia areata nicht eine Einzelerkrankung, sondern ein Symptom eines nervösen Komplexes sei, bei welchem neben anderen Reizen auch die Beeinflussung der Haarnerven durch kranke Zähne eine häufige Erscheinung sei. Verf. ist zwar der Meinung, daß das Auftreten einer Hyperalgesie der Haut an genau fixierten Kopfpartien stets auf einem von einem bestimmten Zahne ausgehenden Reize beruhe, konnte aber bei 33 an Kahlheit Leidenden keine gesetzmäßige Lokalisation feststellen und hält daher die Jacquetsche Hypothese noch nicht für bewiesen. Im Gegensatze zu Jacquet beobachtete er die häufigsten Alopecien nicht zur Zeit der zweiten Dentition, sondern nach dem 30. Lebensjahre. Bei der Häufigkeit von Zahndefekten litten natürlich viele der Pat. an Caries oder hatten Zähne verloren, doch war nirgends ein Zusammenhang der Haar- und

Zahnaffektion nachzuweisen. Meist zeigten die kahlen Stellen geringere Empfindlichkeit als der übrige Kopf, nur in 2 Fällen ging Hyperalgesie dem Haarausfall voran, um mit dessen Eintreten zu verschwinden. In einem dieser Pälle erschien die Alopecie am linken Hinterkopf, während die Überempfindlichkeit beide Seiten unsymmetrisch befallen hatte, bei dem zweiten Pat. folgte die Bartalopecie einer Hyperalgesie von zwei symmetrischen mentalen Zonen. Interessant ist in den weiteren Berichten des Verf.s das Einhergehen der Alopecie mit Vitiligo und zwar fand sich ein Vorhergehen der Alopecie, sowie ein früheres Erscheinen der Vitiligo oder auch beide Affektionen auf verschiedene Mitglieder der gleichen Familie verteilt. In einem Falle betraf der Haarausfall eine vorher ergraute Partie. Bei einem Pat. bestand neben Alopecie und Vitiligo Cannellierung und Tüpfelung der Nägel, bei einem anderen Alopecie und Nägelveränderung ohne Vitiligo. In einem Falle ging die Kahlheit mit sensiblen und vasomotorisch-sekretorischen Störungen Hand in Hand. Verf. sieht alle diese Komplikationen für einen weiteren Beweis der trophoneurotischen Natur der Alopecia areata an und will zu feineren Untersuchungen des Zusammenhangs der Zahnerkrankungen mit Störungen der Hautsensibilität anregen. Max Joseph (Berlin).

H. Brüning, Zur Behandlung der Kopf- und Gesichtsekzeme kleiner Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Leipzig.) (Deutsche Ärzte-Ztg. 1904. No. 12.) Es kam B. hauptsächlich darauf an, einen einfachen, leicht an- und ablegbaren, unverschieblichen Verband zu konstruieren, welcher einerseits die ununterbrochene Beaufsichtigung der kleinen Pat. überflüssig machte, andererseits dem Kinde im übrigen völlige Bewegungsfreiheit der Arme ließ, aber das Erheben derselben über die Schulterhöhe verhinderte. Es ist B. gelungen, diese Aufgabe zu lösen. Der Verband, den jede Mutter leicht selbst herstellen kann, und der sich seit längerer Zeit in der Leipziger Klinik gut bewährt hat, besteht im wesentlichen aus zwei über der Kleidung zu tragenden, durch je 6 Fischbeinstangen gesteiften, etwa 12—15 cm langen leinenen Hülsen, welche über die Ärmchen gestülpt werden, so daß das Ellbogengelenk etwa in die Mitte der Manschette zu liegen kommt und der obere Teil des Unter- und der untere Teil des Oberarmes von derselben eingeschlossen ist. In dieser Lage werden die beiden Hülsen durch ein über die Nackengegend laufendes, entsprechend langes, daumenbreites Band, welches an das obere Ende der Hülsen angeknöpft wird, fixiert. Von der Mitte der Armhülsen aus reichen zwei dem Nackenbande entsprechende Bänder, welche durch einfache Haken und Schlaufen nach Art von Hosenträgern in ihrer Länge reguliert werden können, nach unten in die Gegend der Spina anterior, wo sie an einem in dieser Gegend oder auch weiter peripherwärts umgelegten, etwa 4—5 cm breiten leinenen Gürtel angeheftet werden.

Richtiges Anlegen dieses einfachen Verbandes, dessen einzelne Teile durch die Verschiebung von Knöpfen und Schlaufen, die Länge der Bänder und den Umfang von Armhülsen der jeweiligen Körperentwicklung des Kindes angepaßt werden können, gestattet also dem letzteren, die Ärmchen nach allen Richtungen hin frei zu bewegen;

das Erheben des Armes aber über die Höhe der Schulter und das dadurch namentlich bei den bisherigen Methoden unvermeidliche Scheuern des Gesichts an den gestreckten Oberarmen ist unmöglich gemacht. Grätzer.

Heffermann, Die Behandlung des chronischen Ekzems. (The Brit. med. Journ. 9. Mai 1904.) Ein Knabe zeigte auf dem Nacken zwei ekzematöse Plaques. Auf die eine Stelle wurden am Tage Umschläge von Liquor Plumbi, Liquor carbonis detergens āā appliziert, des Nachts Unguent. hydrargyr. oxyd. flav. aufgelegt; die andere Stelle wurde mit einer $5\,^0/_0$igen Kokainlösung gebürstet und anästhesiert, sodann Jodtinktur und Jodliniment zu gleichen Teilen aufgepinselt. Beide Stellen heilten gleich rasch und glatt ab.

Verf. hat mit demselben guten Erfolge noch eine Reihe anderer Ekzemfälle nach dieser Methode behandelt. C. Berliner (Aachen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte

in Breslau 18.—24. September 1904.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sektion für Kinderheilkunde.

Sitzung vom Montag, den 19. September 1904.

Vorsitzender: Herr Czerny (Breslau).

v. Pirquet (Wien) berichtet über **Körpergewichtsbestimmungen,** welche an 32 Fällen von Nephritis gemacht wurden.

An der Hand der Kurventafeln zeigt er, daß die akute Nephritis regelmäßig mit einer durch Wasserretention bedingten Gewichtssteigerung verläuft, welche auf der Gewichtskurve ein typisches Bild gibt. Die Gewichtskurve ist diagnostisch verwendbar für den Beginn der akuten Nephritis, weil die Wasserretention meist vor der Albuminurie eintritt.

Prognostisch für den Beginn der Rekonvaleszenz sei die Gewichtsbestimmung sogar der Eiweißbestimmung überlegen.

Aus 3 Fällen von chronischer Nephritis, welche bei ähnlichem Sektionsbefunde ganz verschiedene Kurventypen gezeigt hatten, schließt er, daß sich durch diese Art der Beobachtung auch für die chronische Nephritis neue Aufschlüsse ergeben werden.

Diskussion: Heubner (Berlin) hätte gern etwas über das Verhältnis der Ödeme zur Nierensekretion gehört. Nach der einen Kurve, in der das berücksichtigt ist, scheinen Urinsekretion und Ödeme in ziemlich regelmäßig reziprokem Verhältnis zu stehen.

v. Pirquet glaubt, daß in der Tat im wesentlichen sich Urinsekretionen und Ödeme reziprok verhalten. Immer tritt das nicht klar zutage, denn die Ödeme sind wesentlich von der gesamten Wasserausscheidung abhängig. Wenn ein Kind starke Diarrhöen hat, so verwischt sich das Verhältnis zwischen Urinmenge und Ödemen.

Siegfried Weiss (Wien) berichtet über einen Fall von **Barlowscher Krankheit** bei einem 4 1/2 Monaten alten, ausschließlich an der Mutterbrust ernährten Mädchen mit atypischer Lokalisation der subperiostalen Blutung.

Spiegelberg (München) erstattet einen kurzen Rechenschaftsbericht über die vorläufigen Ergebnisse der im Vorjahre von der Gesellschaft für Kinderheilkunde eingeleiteten **Sammelforschung über die Barlowsche Krankheit.**

Auf die versandten Fragebogen und Fehlanzeigeformulare waren von 16 Beobachtern 59 Fälle aus der durch die Vorbereitungen bedeutend verkürzten ersten Jahresperiode zur Kenntnis gebracht worden. Diesen stehen gegenüber 130 Fehlanzeigen und 53 Nichtbeantwortungen, zusammen 183. 78 % der Fälle treffen auf Berlin (40) und Dresden (6). Unter diesen läßt sich eine Abnahme von 1903 auf 1904 bemerken. Die übrigen Fälle verteilen sich einzeln auf: Breslau, Wien, Wiesbaden, Frankfurt a. M., Straßburg, Paris, Zürich; auch in Murnau in Oberbayern kam ein Fall zur Beobachtung. Für Ungarn, Rom, Genf, Graz wurde ausdrücklich angegeben, daß zu keinen Zeiten Barlowsche Krankheit beobachtet worden ist. Die Ergebnisse stimmen mit früheren Erfahrungen überein. Über Ursachen, Ernährungsfragen usw. haben die einstweiligen Mitteilungen noch keine nennenswerte klärende Ausbeute gebracht. Die Sammelforschung soll einer erschöpfenden Bearbeitung erst nach Ablauf mehrerer Jahre unterzogen werden.

Heubner (Berlin): **Ein weiterer Beitrag zur Energiebilanz des Säuglings.**

H. berichtet über einen weiteren Kraft- und Stoffwechselversuch, der im Rubnerschen Institut an einem Ammenkinde angestellt wurde, das eine ganz hervorragende Entwicklung hervorgebracht hatte.

Das Kind, ein Knabe, wog bei der Geburt 4,06 kg, am achten Tage 3,78 kg. Das Kind hatte bis zum Ende der 24. Woche schon bis auf 10,14 kg zugenommen und wog am Ende der 32. Woche 11,86 kg.

Das Volumen der aufgenommenen Nahrung (Frauenmilch) betrug in den ersten Wochen 600 g, bis zur 12. Woche 1000 g, Ende des 6. Monats 1200 g.

Der Energiequotient betrug: bis Ende des 3. Monats 100—106, bis Ende des 4. Monats 90, bis Ende des 5. Monats 80, später 70.

Das Kind entwickelte sich in all seinen Funktionen gleich ausgezeichnet.

	Ende des 6. Monats	Ende der 33. Woche (Zeit des Versuchs)
Körperlänge	71	77
Kopfumfang	46	48
Brustumfang	49	52
Bauchumfang	49	52

Der Versuch ist insofern nicht gelungen, als die enorme Lebhaftigkeit und Unruhe des Kindes, das in der energischsten Weise gegen den Aufenthalt im Versuchsraum protestierte, eine Verwertung der gewonnenen Zahlen für den Stoffwechsel des gesunden, hungernden, ruhigen Kindes nicht ermöglichte.

Der Versuch gibt aber interessanten zahlenmäßigen Aufschluß darüber, welche große Mengen von Energie durch das Schreien und die äußere Arbeit verloren gehen, und daß diese äußere Arbeit bei der Energiebilanz des Säuglings eine größere Bedeutung hat, als ihr gewöhnlich zugeschrieben wird. Am ersten Tage (15 Stunden) nahm das Kind um 250 g ab. Es war sehr unruhig und schrie sehr viel, diese Abnahme wurde am nächsten Tage wieder ausgeglichen. In den drei mittleren Tagen des 5tägigen Versuchs nahm das Kind nicht zu, obwohl bei 1250 g Aufnahme alles gut ausgenutzt wurde.

Die N-Zufuhr betrug 5,96, die N-Ausfuhr 4,52, die N-Retention 1,44, täglich also 0,5 g.

Die Kohlensäureproduktion pro Quadratmeter war 17,4, bei dem früher untersuchten Brustkind betrug sie 13,5, d. h. eine Vermehrung um 21 %.

Die Kohlenstoffbilanz war: Einnahme 260, Ausgabe 275,5, also pro Tag Verlust etwa 4,5 g.

Wasserbilanz pro Tag: Einnahme vom 2.—4. Tage 1214 g, Ausgabe 1116 g, Differenz + 9,8 g.

Die flüssige Abgabe (Schweiß) war pro Stunde am 1. Tage 45,1 % der Gesamtausgabe, am 2.—4. Tage 18,1 % der Gesamtausgabe. Am 1. Tage 27,7 g pro Stunde, am 2.—4. Tage 18,4 g pro Stunde. Somit erklärt sich der Gewichtsabsturz lediglich durch den enormen Wasserverlust. Der Versuch erklärt aber

auch die sehr gute Entwicklung des Kindes, der Knabe hatte einen ausgezeichneten Darm, in den früheren Versuchen gingen 5,8 %, in den jetzigen 3,6 % der eingeführten Energie mit dem Kot verloren. Der physiologische Nutzeffekt betrug bei dem früher untersuchten Kinde 8,4 %, bei dem jetzigen 6,6 %.

Diskussion: Pfaundler (Graz) bemerkt, daß er auf das Verhältnis zwischen Abnahme des Körpergewichts und Wasserausscheidung bei starker Lungenatmung (Schreien) bereits auf der Naturforscherversammlung in München hingewiesen hat. Er legt viel Gewicht darauf, daß der Säugling sich ruhig verhalte, und will zur Erreichung des Zieles auch kleine Konzessionen machen, z. B. den Borsäureschnuller und die Wiege.

Theodor (Königsberg) warnt vor dem Schnuller.

Swoboda (Wien) und Rommel (München) sprechen sich in demselben Sinne wie Pfaundler aus.

Pfaundler verteidigt den Borsäureschnuller nach Escherich, der vollkommen aseptisch behandelt werde.

Schlossmann warnt vor Konzessionen, wie dem Schnuller usw. Die Kinder haben, wenn sie schreien, eben Grund dazu. Wenn sie sich wohl fühlen, schreien sie nicht.

Czerny (Breslau) stimmt Schl. zu und glaubt, daß die Kinder nicht ruhig sind, wenn sie unrichtig ernährt werden. Bei richtiger Ernährung fühlen sie sich wohl und schreien nicht. Der Lutscher, wenn er sauber ist, ist nicht so gefährlich. Man kann ihm ruhig geben. Eine Wiege hat er nicht notwendig zur Beruhigung der Kinder.

M. Pfaundler (Graz): **Physikalisch-chemische Untersuchungen an Kinderblut.**

Nach einem Überblicke über den derzeitigen Stand der Säurevergiftungshypothese von Czerny und Keller bei den chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge berichtet P. über die Ergebnisse der von ihm ausgeführten Bestimmungen der Blutalkaleszenz bei Kindern. Hierzu diente ihm ein nach dem Prinzipe Höbers von Farkas ausgearbeitetes Verfahren. Dabei wird das Blutserum zur Beschickung einer kleineren Säurealkalikette benützt, deren elektromotorische Kraft ein direktes Maß für den OH-Ionengehalt des Serums darstellt. Es wird somit nicht das sogenannte titrierbare Alkali, sondern der Gehalt an OH-Ionen bestimmt, der einzig und allein das exakte absolute Maß der Alkaleszenz von Flüssigkeiten darstellt. Die vorläufigen Ergebnisse der Bestimmungen sind folgende:

1. Der OH-Ionengehalt des Serums bei Kindern beträgt etwa 0,2 × 10 bis 3,4 × 10, ist somit kaum größer als der des destillierten Wassers bei Zimmertemperatur. Das Kinderblutserum kann daher „neutral“ genannt werden, so wie es Farkas und Scipiades im Vorjahre betreffend das Serum des Erwachsenen festgestellt haben.

2. Die Alkaleszenz des Blutserums scheint im Laufe des extrauterinen Lebens allmählich anzusteigen.

3. Fünf an chronischen Magendarmstörungen leidende Säuglinge boten außerordentlich schwankende Alkaleszenzwerte, die in keinerlei fixen Beziehungen zu der renalen NH_3-Ausscheidung standen.

4. Bei den frühgeborenen Kindern wurden sehr niedere Alkaleszenzwerte gefunden. Wenn man bedenkt, daß OH-Ionen in minimalsten Mengen aktivierend auf lebende Zellen einwirken, den oxydativen Stoffwechsel anregen, ja nach Höber geradezu als Fermente im Organismus funktionieren, erscheint es gerechtfertigt, an einen kausalen Zusammenhang zwischen dem geringen OH-Ionengehalte des Blutes der Frühgeborenen und der Inaktivität ihrer Organe zu denken.

5. Die Einführung eines vegetabilen Ernährungsregimes bei älteren Individuen und die hypodermatische Anwendung von sogenanntem „künstlichem“ Serum bei Säuglingen schien in einigen Fällen den OH-Ionengehalt des Blutserums deutlich zu erhöhen.

Sitzung vom 20. September, vormittags.

Vorsitzender: Heubner (Berlin).

Hamburger: **Über Verdauung und Assimilation.**

Artfremdes Eiweiß ist für jeden fremden Organismus ein Gift. Das ja immer artfremde Nahrungseiweiß schädigt, parenteral eingeführt, jedes Tier. Nur eine

Gruppe von Zellen empfindet den Reiz durch artfremdes Eiweiß nicht als einen schädlichen, sondern als einen physiologischen. Die Giftzerstörung ist ihre Funktion. Sie führen das artfremde Eiweiß in artgleiches über, sie assimilieren es. Während aber das artfremde Eiweiß für die Verdauungszellen des Erwachsenen den physiologischen Reiz darstellt, ist es für die des Neugeborenen ein aphysiologischer und daher ein schädlicher Reiz, ein Gift.

Trotzdem aber führen auch die Verdauungszellen des Neugeborenen das artfremde Eiweiß in arteigenes über und verhindern den Durchtritt artfremden Eiweißes in die Gewebe. Sie verhindern auch den Durchtritt artfremden Serums und der darin eventuell vorhandenen Antitoxine, soweit aus bisherigen Versuchen hervorgeht. Ob bei der natürlichen Ernährung das arteigene Eiweiß völlig abgebaut wird, ist noch einwandfrei experimentell festzustellen. Der Nachteil der Kuhmilchernährung liegt in der Schädigung des noch nicht entwickelten Verdauungsapparates des Neugeborenen.

Langstein (Berlin): **Die Albuminurien im Kindesalter.**

Die Eiweißquotienten, d. h. das Verhalten von Euglobulin, Pseudoglobulin und Albumin, verhalten sich bei der zyklischen Albuminurie der akuten und chronischen Nephritis der Kinder gesetzmäßig verschieden. Dabei bleibe vorläufig vollständig dahingestellt, ob das unter physiologischen Verhältnissen beobachtete Euglobulin mit den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpern des Harns identisch ist; vorläufig liegt keine Berechtigung vor, in dem bei den verschiedenartigsten Affektionen im Harn auftretenden, durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper eine physiologische Einheit zu sehen. Bei der orthotischen Albuminurie der Kinder fanden sich 3 Typen von Fällen: 1. solche, bei denen nur sogenanntes Euglobulin ausgeschieden wird; 2. solche, bei denen außerdem Albumin zur Ausscheidung gelangt; 3. Fälle, wo sämtliche drei Eiweißkörper in einem gewissen, nicht konstanten Verhältnis ausgeschieden werden. Vortr. kommt durch die Ergebnisse von Stoffwechseluntersuchungen an Fällen von zyklischer Albuminurie zu der Auffassung dieser Erkrankung als einer Stoffwechselstörung. Die Nierenschädigung, die zur Ausscheidung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers führt, dessen Natur eingehend diskutiert wird, kann in vasomotorischen Verhältnissen ihren Grund haben; vielleicht kreist dieser Eiweißkörper bei der zyklischen Albuminurie in vermehrter Menge im Blut und hat vielleicht dieselbe Quelle wie die stark vermehrte Harnsäure und Oxalsäure. Die Albuminurie der Neugeborenen hat in bezug auf die Natur der ausgeschiedenen Eiweißkörper Ähnlichkeit mit der zyklischen. Sie gehört jedoch nicht in den Bereich der Physiologie des Stoffwechsels.

Diskussion: Hochsinger (Wien) vermißt eine Schilderung der klinischen Symptome der untersuchten Fälle. Er glaubt, daß Infektionskrankheiten ätiologisch wichtig sind. Häufig werden die Kinder später recht elend und man kann doch nicht einen Zusammenhang mit degenerativen Prozessen in der Niere ablehnen.

Pfaundler (Graz) befürwortet eine genauere klinische Forschung der Affektion und weist auf die Untersuchungen der französischen Schule hin. Er glaubt, daß die zyklische Albuminurie eine gewisse Beziehung zur Tuberkulose hat. Viele der Kinder zeigen später tuberkulöse Affektionen verschiedener Art und sterben auch daran.

Hochsinger (Wien): **Theoretische Betrachtungen über die Kinderkrämpfe.**

H. teilt die funktionellen Krämpfe des Kindesalters in Gelegenheits- und Übererregbarkeitskrämpfe ein. Zu den ersteren rechnet er die im Verlaufe der toxisch infektiösen Krankheiten und Vergiftungen entstehenden und von diesen abhängigen, sowie auch die Reflexkrämpfe, bei welchen nach Ablauf der krampferregenden Krankheit keine Anomalie des Nervensystems nachweisbar ist. Bei der zweiten Gruppe besteht auch außerhalb der Anfälle psychische Übererregbarkeit, sehr häufig auch in Verbindung mit galvanischer und mechanischer Übererregbarkeit. Die Krampfneigung der Kinder besitzt zwar einen physiologische Hintergrund, ist aber in jedem einzelnen Falle ein pathologischer Zustand. Die Soltmannsche Anschauung von der Unerregbarkeit der Hirnrinde des Neugeborenen ist irrig, richtig hingegen, daß der kortikale Hemmungsapparat entsprechend der defekten psychischen Funktion in den ersten Lebenswochen mangelhaft ist. Das Fehlen von Übererregbarkeitskrämpfen in den ersten Lebens-



monaten, die große Vorliebe für tonische Dauerspasmen in dieser Zeit, das Prävalieren der Übererregbarkeitskrämpfe in der späteren Säuglingsperiode und die Vorliebe für Schüttelkrämpfe in der späteren Kindheit lassen sich physiologisch begründen unter Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse der Gehirnentwicklung und Muskelbewegung. Den letzteren Punkt anlangend wird die Kassowitzsche Lehre, daß die beiden histologisch getrennten Substanzen des Muskelgewebes, die Fibrillensubstanz und das Sarkoplasma getrennt innerviert werden, indem die erstere mit den erregenden, die letztere mit den hemmenden Nervenfasern in Verbindung steht, zur Erklärung der differenten klinischen Krampfbilder in den verschiedenen Epochen der Kindheit herangezogen. So lange der psychische Apparat noch mangelhaft funktioniert, muß die von der Innervation der hemmenden Fasern ausgehende Erschlaffung, besser Elongation der Muskeln in den Hintergrund treten, daher Dauerkontrakturen bei Reizung des Zentralnervensystems in den frühesten Lebensepochen an der Tagesordnung sind. Auch die physiologische Myotonie der Neugeborenen findet dadurch ihre Erklärung. Mit zunehmender psychischer Entwicklung ändern sich diese Verhältnisse, so daß später bei intensiven, zu Krämpfen führenden Reizungen des Gehirns exzitierende und hemmende Erregung der Muskulatur abwechseln, wodurch Schüttelkrämpfe hervorgerufen werden. Zur Erklärung des Umstandes, daß die Übererregbarkeitskrämpfe zur Zeit der mächtigsten psychischen und Hirnentwicklung am häufigsten sind, kann angeführt werden, daß Schädigungen allgemeiner Art unter diesen Verhältnissen eine besondere Reizbarkeit der Nervensubstanz inszenieren müssen, genau so wie die Rachitis, unter deren Einfluß die Übererregbarkeitskrämpfe stehen, gerade an den Stellen des intensivsten Knochenwachstums und zur Zeit des intensivsten Schädelwachstums mit besonderer Vorliebe einsetzt. Bei den Gelegenheitskrämpfen, welche niemals mit Beteiligung der Kehlkopfmuskulatur einhergehen, sind die einfachen Konvulsionen von der Myotonie der Säuglinge zu unterscheiden. Die Übererregbarkeitskrämpfe werden in zwei Unterabteilungen gebracht, erstens die einfachen Übererregbarkeitskrämpfe und zweitens die echte Tetanie. Gemeinsames Kardinalsymptom für beide Untergruppen ist die abnorme psychische Reizbarkeit, welche sich am deutlichsten durch das Verkeuchen und Ausbleiben der Kinder bei Ärger und Weinen zu erkennen gibt. Zu den einfachen Übererregbarkeitskrämpfen rechnet H. die Atemkrämpfe, die Eklampsie und die Nickkrämpfe der Kinder, bei welchen nebst der psychischen auch mechanische und galvanische Übererregbarkeit bestehen kann. Die echte Tetanie der Kinder unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von der Tetanie der Erwachsenen: Intermittierende, tonische Extremitätenkrämpfe oder Trousseausches Phänomen nebst obligater mechanischer und galvanischer Übeerregbarkeit. Dennoch hält Hochsinger es nicht für angezeigt, die Übererregbarkeitskrämpfe der Kinder in Bausch und Bogen als echte Tetanie zu bezeichnen.

Ludwig Meyer und Leo Langstein: **Beiträge zum Fettstoffwechsel im Kindesalter.**

Während die Breslauer Schule heute die Ammoniakvermehrung im Urin magendarmkranker Kinder hauptsächlich auf eine Alkalientziehung durch den Darm auf eine enterogene und nicht intermediäre Acidose zurückführt, machen Vortragende darauf aufmerksam, daß die intermediäre Acidose beim Säugling wohl berücksichtigt werden muß. Durch Untersuchungen an 6—14jährigen Kindern, die Fleischfettdiät unter Kohlehydratentziehung erhielten, haben Vortragende nachgewiesen, daß eine Neigung zur intermediären Acidosis im jugendlichen Organismus besteht; bei den untersuchten Kindern wurde mehr Aceton ausgeschieden als bei Erwachsenen. Die Hauptmenge des Acetons wurde im Gegensatz zu dem Erwachsenen nicht durch den Urin, sondern durch die Lungen ausgeschieden, und zwar war das Verhältnis von Atemaceton zu Urinaceton 12:1 und 8:1, während es bei Erwachsenen 1:2, ja 1:6 ist. Stets wurde Oxybuttersäure in erheblicher Menge gefunden. In allen Fällen reagierte der Organismus der Kinder auf die im Körper bestehende Azidosis mit einer Steigerung der Ammoniakausfuhr. Vortragende betonen daher die Schädlichkeit einer Fettnahrung bei der geringsten Störung im Kohlehydratstoffwechsel der Kinder. Da die Assimilationsgrenze für Zucker beim magendarmkranken Säugling stark herabgesetzt ist, wird leicht eine solche Störung, d. i. eine intermediäre Acidose, eintreten können. Untersuchungen

am Säugling selbst müssen indes darüber Aufklärung bringen, ob und inwiefern die bei jungen Kindern gewonnenen Resultate auf die Pathologie des magendarmkranken Säuglings übertragen werden können.

B. Salge (Berlin): **Immunisierung durch Milch.**

Verf. hat seine im Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 60, S. 1 mitgeteilten Untersuchungen fortgesetzt.

Er fütterte 3 Säuglinge im Alter von 4 und 9 Tagen und 1 Monat 21 Tage lang mit der Milch einer Ziege, die aktiv gegen Diphtherie immunisiert war. Die Milch der Ziege entsprach einem $^1/_{20}$ Normalserum. Das erste der untersuchten Kinder, 4 Tage alt, zeigte nach der Marxschen Methode einen Antitoxingehalt, der $^1/_{24}$ Normalserum entsprach. Täglich wurden dem Kinde mit der Milch 5 I.-E. zugeführt, nach 21 Tagen hatte aber der Antitoxingehalt im Blutserum des Kindes keine Steigerung erfahren.

Das zweite Kind war 9 Tage alt, in seinem Blutserum war Diphtherieantitoxin nicht uachweisbar. Es erhielt mit der Ziegenmilch täglich etwa 4 I.-E., nach 21 Tagen war in seinem Serum ebensowenig Antitoxin nachweisbar wie vorher. Der Versuch gilt dem Verf. nicht für ganz beweisend, weil sich am Ende der Beobachtung bei dem Kinde Lues herausstellte.

Das dritte Kind war 1 Monat alt. Sein Serum entsprach gerade noch $^1/_{24}$ Normalserum. Es erhielt 21 Tage lang mit der Ziegenmilch 8 I.-E. Am Ende des Versuchs war der Titer des Serums unter $^1/_{24}$ Normalserum gefallen.

Eine zweite Versuchsreihe wurde mit Milch einer Ziege unternommen, die gegen Typhus aktiv so immunisiert war, daß 0,04 ccm der Milch gegen die 10fach tödliche Dosis = 2 mg vollvirulenter Typhuskultur schützte.

Das erste der beobachteten Kinder ist identisch mit dem oben mitgeteilten dritten Fall. Das Kind war 9 Wochen alt, erhielt 27 Tage lang je 200 ccm der Typhusimmunmilch. In seinem Serum war weder vorher noch nachher etwas von Typhusantikörpern nachzuweisen.

Der zweite Fall betrifft ein Kind (Frühgeburt) von 12 Wochen. Das Kind erhielt 27 Tage lang je 80 ccm der Milch. Auch bei diesem Kinde waren weder vor noch nach der Fütterung mit dieser Milch Typhusantikörper im Blutserum nachzuweisen.

Demnach erscheint es nicht möglich, durch die Fütterung mit Milch immunisierter Tiere dem menschlichen Säugling Schutzkörper zuzuführen.

Der Verf. hat die Meinung, daß das sogenannte „Lebende" in der Frauenmilch nur für den menschlichen Säugling, in der Kuhmilch nur für das Kalb Bedeutung hat.

Roeder (Berlin) bespricht die **Aufgaben der Schulärzte für die öffentliche Hygiene,** weist auf die Notwendigkeit einer einheitlichen Organisierung der schulärztlichen Funktionen hin und erwartet insbesondere von einer einheitlichen Durchführung der Ausmusterung der Schulrekruten einen ersprießlichen Einfluß auf die Kräftigung des Nachwuchses. Namentlich hätte die Berliner Städtische Deputation die Untersuchung der Schulrekruten als eine der wichtigsten Aufgaben in die Funktionen der Schulärzte aufgenommen. Mit der Fürsorge für die hygienischen Einrichtungen und für den Gesundheitszustand der Schule, sowie mit der Überwachung der mit körperlichen und geistigen Mängeln behafteten Kinder dürfte die Tätigkeit der Schulärzte nicht erschöpft sein. Erst mit der Auslese der zur Einschulung gelangenden Kinder erfülle die Institution, was sie soll und nütze erst hiermit im weitesten Sinne den Bedürfnissen der öffentlichen Hygiene.

Redner hebt hervor, welche Bedeutung die hiermit erfolgende Erhebung über die Gesundheitsverhältnisse der ganzen Völker erlangen könne, und hält das bei der Zurückstellung sich ergebende Material für besonders wichtig für die Frage der Ausbreitung der Tuberkulose und Rachitis. Er erwartet von den Schulärzten besondere Vorschläge und Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose an der Schwelle des späteren Kindesalters. Ferner seien sie ganz besonders dazu berufen, ihren ganzen Einfluß geltend zu machen, um durch Aufklärung weitester Volkskreise die Ausbreitung der künstlichen Säuglingsernährung zu bekämpfen und eine weitere Verelendung eines großen Teiles unseres Nachwuchses zu verhüten.

Diskussion: Zappert und Göppert betonen, daß das Verhältnis des Schularztes bei der Beaufsichtigung der Schulkinder zurzeit noch ein sehr schwieriges ist; namentlich bemängelt G., daß die Zahl der überwiesenen Pat. viel zu

groß ist, um in angemessener Zeit ein sicheres Urteil über die Kinder fällen zu können.

Toeplitz sieht die Hauptbedeutung des Schularztes in der Untersuchung der Lernanfänger; das ist in wenigen Wochen nicht möglich. Die Anwesenheit der Mütter bei der Untersuchung ist nicht erwünscht. Die Kinder werden im allgemeinen zu früh eingeschult. Er will die Kinder nicht vor dem achten Jahre zur Schule schicken.

Swoboda (Wien): **Eine als selbständig zu bezeichnende schwere Munderkrankung des ersten Säuglingsalters (die gangränöse Zahnkeimentzündung).**

Es handelt sich um eine durch auffallende Symptome charakterisierte Krankheit, welche bisher weder in den Lehrbüchern noch in der deutschen medizinischen Literatur Erwähnung gefunden hat. Das hervortretende Symptom dieser Krankheit ist die gangränöse Zerstörung des Zahnfleisches und die hierauf folgende Abstoßung von Zahnkronen bei Säuglingen, welche noch weit von der normalen Dentitionsperiode entfernt sind.

Der Verlauf zeigt zweierlei Variationen: 1. Das die erkrankten Zahnkeime bedeckende Zahnfleisch stirbt in toto ab. In diesem Falle kommt es zu wachsartiger Verfärbung der gegen die Umgebung scharf abgegrenzten Partie, der Zusammenhang derselben mit dem Kiefer ist gelockert, so daß die abgestorbene Partie bei jeder Berührung federt, dann zerfällt dieselbe gangränös, wobei sie sich manchmal vorher als Ganzes abhebt und von innen nach außen umgeklappt wird. In den bloßliegenden Alveolarhöhlen kommen, von Eiter und gangränöser, pulpöser Masse umgeben, die aus ihrer normalen Lage emporgehobenen, gelockerten Zahnkronen zum Vorschein. Dann fallen die Zahnkronen aus.

2. Die Gangrän des Zahnfleisches beginnt damit, daß dasselbe unter der lividen Verfärbung wulstig anschwillt. Hierauf bildet sich über einer Zahnkrone ein Geschwür, aus welchem sich das die Zahnkrone umgebende blutig-eitrige Exsudat entleert. Der gangränöse Zerfall des Zahnfleiches schreitet fort bis, ebenso wie bei dem zuerst geschilderten Verlaufe, die bis zum kleineren Niveau bezw. bis zum Geschwürsrand emporgehobenen gelockerten Zahnkronen bloßliegen. Dann fallen die Zahnkronen aus. In manchen Fällen greift die gangränöse Entzündung auf den Kieferknochen über und dann besteht Foetor ex ore. Die Erkrankung verläuft ohne auffallende Salivation, Schmerzhaftigkeit oder nenneswerte Blutung, aber regelmäßig unter Fieber.

Die Prognose ist stets letal. 3 Fälle hat der Vortragende selbst beobachtet. 3 Fälle entnimmt er einem alten Jahresbericht des Moskauer Findelhauses.

Als ätiologisch kommen wohl hauptsächlich septische Infektionen in Betracht.

Diskussion: Hochsinger (Wien) hat nach einer Verletzung des Zahnfleisches, die dadurch entstanden war, daß die Eltern versucht hatten, einen bei der Geburt bereits vorhandenen Schneidezahn zu entfernen, einen ähnlichen Zustand entstehen sehen. Auch er glaubt, daß es sich dabei um eine septische Infektion handelt.

IV. Therapeutische Notizen.

Ein gefensterter Mundspatel aus Nickeldraht wird von Escherichs Assistenten, Dr. C. v. Pirquet, empfohlen. Der Spatel ermöglicht eine leichte Inspektion der Wangenschleimhaut, besonders die Besichtigung der Koplikschen Flecke bei Masern, ist sehr billig (60 Pf.) und hat sich bereits sehr bewährt. Er wird auch in einer von Escherisch angeregten Modifikation geliefert (Berlin, Med. Warenhaus und Wien, Dohnal & Co.), bei welcher nur das eine Ende gefenstert ist, das andere einem gewöhnlichen Spatel gleicht.

(Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 38.)

Purgen empfiehlt auch Dr. R. Blum als sehr gutes, milde und schmerzlos wirkendes Abführmittel, das sich zudem sehr gut nehmen läßt in Form der Baby-Tabletten à 0,05 g. Ein solche Tablette bei Säuglingen, mehrere bei älteren Kindern wirkten stets prompt und bewährten sich besonders, wenn es bei nutri-

tiven Prozessen der Säuglinge galt, den Magendarmkanal in milder Weise zu evakuieren. (Therap. Monatshefte. September 1904.)

Aspirin bei Keuchhusten lobt Dr. Rudolph (Magdeburg); das Mittel erwies sich in mehreren Fällen als sehr nützlich. Kombiniert man es noch mit einem Narkotikum, einigen Tropfen einer schwachen Morphium- oder Codeinlösung, so ist für die kleinen Pat. die Expektoration noch schmerzloser, die Nachtruhe noch gesicherter. Vom Aspirin gibt R. 3mal soviel cg, als das Kind Jahre zählt. (Die Heilkunde. September 1904.)

Über Anwendungsformen des Chinins in der Kinderpraxis teilt Dr. Freudenthal (Peine) die Erfahrungen mit, die er mit dem gewöhnlichen Chinin bei seinem eigenen Kinde und anderen machte; die Einverleibung per os, per klysma, durch Zäpfchen, subkutan machte gleiche Schwierigkeiten und führte stets zu Mißerfolgen. Endlich fand er in den Schokoladenplätzchen mit Chinin sulfuric. 0,1 bis 0,3 (Zimmer & Co., Chininfabriken in Frankfurt a. M.) die geeignete Form für ältere Kinder, welche diese Plätzchen anstandslos verzehren, und für Säuglinge das geschmacklose Aristochin (Bayer & Co., Elberfeld), das man in Pulvern zu 0,1—0,3 mit Zucker 3—4mal täglich gibt oder noch besser in die Milch schüttet. Um rasche Resorption des Chinins zu erzielen, ist es gut, Salzsäurelimonade (2—5 Tropfen verdünnte Salzsäure in ein Weinglas Zuckerwasser) nachtrinken zu lassen (aber nicht unmittelbar danach!) oder Salzsäurebonbons zu geben, wie sie F. der Annehmlichkeit wegen herstellen ließ (Zimmer & Co.). Diese Ordinationen haben sich bei Keuchhusten und Malaria bestens bewährt. (Die ärztl. Praxis. 1904. No. 17.)

Mundsperrer mit elektrischer Beleuchtung empfiehlt Dr. Th. Bockenheimer (Berlin). Er hat eine kleine durch Akkumulator gespeiste Mignonlampe an verschiedene Mundsperrer anbringen lassen (Louis & H. Löwenstein, Berlin N.). Diese Vorrichtung, mit deren Hilfe es möglich ist, bei aufgesperrtem Munde Mundhöhle, Tonsillen, Rachenwände usw. deutlich zu übersehen, leistet besonders gute Dienste bei Kindern. Auch zur Rhinoskopia posterior, Laryngoskopie, Untersuchung des Zungengrundes usw. erwies sich der Mundsperrer als sehr praktischer Lichtspender. (Zeitschrift f. ärzt. Fortbildung. 1904. No. 17.)

Über den therapeutischen Wert des Pyrenols, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem, so überschreibt Dr. Fr. Löb (Augusta-Hospital Berlin) eine Arbeit, in der er seine Erfahrungen mit Pyrenol mitteilt. Letzteres ist ein weißes, kristallinisches Pulver von aromatischem Geruch und süßlichem, leicht prickelndem Geschmack, in Wasser (1:5) und Alkohol (1:10) löslich, eine Verbindung von Salicylsäure, Benzolsäure und Thymol mit einem Natronsalz. L. wandte es nur bei Respirationskrankheiten an und konstatierte als Hauptwirkung des Mittels 1. eine expektorierende, solvierende, 2. eine bei Neubildung des Sekretes beschränkende, 3. eine auf den Husten sedative Wirkung. Es wurde meist ordiniert bei Kindern:

Rp. Sol. Pyrenoli 4,0—6,0:180,0
Syr. sub. Id. ad 200,0
M. D. S. 2stündlich 1 Kinderlöffel,
bei Keuchhusten $^1/_2$stündl. $^1/_2$ Teelöffel.

Die Erfolge waren recht gute. Es kamen hauptsächlich zur Behandlung Fälle von bronchialem Asthma, Pleuritis, Bronchitis, Influenza; überall war die günstige Beeinflussung durch Pyrenol augenscheinlich, besonders bei frischen Fällen. Auch bei Phthisikern wurde eine überraschende Wirkung erzielt, indem die Expektoration, da wo trockener, quälender Husten vorhanden war, mächtig befördert wurde. Pyrenol ist außerdem also zu empfehlen in allen Fällen von akuter und chronischer Bronchitis, Asthma, Influenza, Angina, Pleuritis, Pneumonia crouposa und frischer Bronchopneumonie. Bei Pertussis ist es in eine Reihe zu stellen mit den anderen sogenannten Specificis, von denen es sich in seiner Einwirkung nicht wesentlich unterscheidet. Pyrenol erwies sich als unschädlich: es übte keinerlei nachteilige Wirkung aus auf Blutdruck und Puls, alterierte nicht den Magen und reizte in ocigen Dosen nie die Nieren. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 41.)

Rexotan, ein neues Darmantiseptikum (hergestellt von Dr. Vorwinkel, Apotheker, Berlin W, Kurfürstenstr. 154) empfiehlt Dr. R. Meltzer (Wedel) auf

Grund seiner Versuche. Rexotan (Methylen-Tannin-Harnstoff, entstanden durch Einwirkung von Formaldehyd auf Tannin und Harnstoff) passiert den Magen und gelangt erst im Darm zur Resorption unter Abspaltung von Formaldehyd. M. hat damit 86 Fälle behandelt (akute und subakute Darmkatarrhe bei Erwachsenen und Kindern, akute Durchfälle und Brechdurchfälle des Säuglingsalters, chron. Darmkatarrhe der Säuglinge, Diarrhöen der Phthisiker). In der Mehrzahl der Fälle Besserung am 2. oder 3. Tage, Heilung durchschnittlich in 8 Tagen. Bei den 2 Fällen von Tuberkulose handelt es sich einmal um ein 14jähriges Mädchen mit tuberkulösen Darmgeschwüren; der Durchfall hörte nach 8tägigem Gebrauch des Rexotan auf, der Stuhl wurde normal und erfolgt wieder jetzt (ca. 6 Wochen nach Aufhören mit dem Mittel) regelmäßig und normal. Im zweiten Falle versagte das Mittel. In keinem Falle trat eine unangenehme Nebenwirkung zutage. Das geruch- und geschmacklose Mittel läßt sich bequem in Milch, Hafenschleim oder einer anderen Flüssigkeit nehmen. Erwachsene erhielten 3 mal täglich 0,6 g, Kinder unter 1 Jahr täglich 0,1 g, Kinder von 1—2 Jahren 0,15 g (immer 1/2 Stunde nach der Mahlzeit), über 2 Jahre hinaus kann man die Hälfte der Dosis für Erwachsene geben. Kindern ordiniert man am besten vor Darreichung des Rexotan eine gehörige Dosis Kalomel. Rexotan ist billiger wie Tannigen und kostet ebensoviel wie Tannalbin, welches aber in doppelter Menge gegeben werden muß. Vorzüglich beim Darmkatarrh der Säuglinge scheint das Mittel eine schätzenswerte Bereicherung unseres Arzneischatzes zu sein. Auch Distriktsarzt Dr. Homann (Finkenwärder), der das Präparat in 17 Fällen von Sommerdiarrhöe der Säuglinge anwandte, erzielte hier vollen Erfolg, selbst da, wo Tannalbin und Wismuth versagten. (Ärztliche Rundschau. 1904. No. 41.)

Über die Behandlung der Diarrhöen bei Kindern gibt Dr. E. Toff (Braila) seine Erfahrungen bekannt. Außer der Beseitigung der Grundursachen, Regelung der Diät, warmen Bädern, welch letztere auf alle an Diarrhöe leidenden Kinder günstigen Einfluß ausübt, kommt die medikamentöse Therapie in Betracht. T. hat in mehr als 800 Fällen Tannalbin angewandt, mit dem er sehr zufrieden war. Er verschreibt für Kinder bis zu 1 Jahr 1—2 g für 24 Stunden in einem Decoct. Colombo (1,0:80,0) mit Zusatz von 20 g Syrup, wovon Tag und Nacht stündlich 1 Kaffeelöffel zu nehmen ist, größere Kinder bis zu 3 g in 24 Stunden. (Centralblatt f. d. gesamte Therapie. 1904. No. 10.)

Ein Milchflaschenhalter wird von Dr. Arth. Mayer (Hilda-Kinderhospital Freiburg i. B.) empfohlen, zur Verhütung der Mißstände, die dadurch hervorgerufen werden, daß die Milchflasche den Säuglingen ohne Aufsicht überlassen wird. Der Apparat soll Müttern und Pflegerinnen die Arbeit erleichtern, ohne die Kinder zu schädigen. Der Halter ist sowohl für das Bett als auch für den Kinderwagen zu verwenden. Durch große Elastizität der Feder bewegt sich die Flasche nicht nur von oben nach unten, sondern auch nach den Seiten auf das leichteste, so daß sie alle Bewegungen des kindlichen Kopfes während des Trinkens mitmacht. Das Kind kann, ohne die schwere Flasche heben zu müssen, das Saughütchen soweit in den Mund hineinziehen, als es will; es kann jederzeit, wie an der Brust, das Saugen unterbrechen und immer wieder von neuem die Flasche an den Mund führen, auch wenn es sie einmal unbeabsichtigterweise verliert. Durch die schräge Stellung der Flasche ist, wenn sie richtig eingespannt ist, auch bei kleiner Öffnung des Hütchens, der Druck so wirksam, daß den Kindern trotz aktiven Saugens keine große Anstrengung zugemutet wird. Dazu kommt noch der nicht zu unterschätzende Vorteil, daß die Flasche mit den Betten überhaupt nicht in Berührung kommt und von den Händen der Wärterinnen nie lange umfaßt wird.

(Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 42.)

Thiokol und Sirolin hat Dr. Szabóky (Gleichenberg-Arco) bei Tuberkulose (besonders der Lungen, aber auch das Kehlkopfes und Darms) mit sehr befriedigendem Erfolge angewandt. In den Anfangsstadien wurden Heilungen erzielt, aber auch in schweren Fällen zeigte sich der Nutzen der Ordination deutlich. Da zudem Thiokol und Sirolin gern genommen werden und keinerlei unangenehme Nebenwirkungen äußern, bilden sie tatsächlich eine Bereicherung unseres Arzneischatzes. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1904. No. 42.)

Namenverzeichnis des IX. Jahrganges.

Sachverzeichnis des IX. Jahrganges.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

